

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

**Vigilância da Pessoa em Situação Crítica por**  
**Alterações na Função Hepática:**  
Uma Intervenção de Enfermagem Especializada

**Sónia Isabel Ramos Fontinha**

**Lisboa**

**2016**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

**Vigilância da Pessoa em Situação Crítica por**  
**Alterações na Função Hepática:**  
Uma Intervenção de Enfermagem Especializada


**Sónia Isabel Ramos Fontinha**

Orientador: Mestre João Veiga

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública







*Para ser grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.  
Assim em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive.*

Ricardo Reis



A todos os que sempre acreditaram,  
E que se cruzaram comigo ao longo deste percurso,

Contribuindo para o sucesso do mesmo:

Tutor  
Docentes  
Enfermeiros Orientadores  
Instituições e Equipas de Saúde  
Pessoas e Familiares com quem prestei cuidados  
Colegas  
Amigos  
Família

Os nomes seriam imensos...

Assim como a minha gratidão!

A todos vós o meu  
**MUITO OBRIGADO!**



## LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DUEMI – Departamento de Urgência, Emergência e Medicina Intensiva

EASL – *European Association for the Study of the Liver*

ECMO - *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HDA – Hemorragia Digestiva Alta

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAF – Polineuropatia Amiloidótica Familiar

PiCCO - *Pulse index Continuous Cardiac Output*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SO/OBS – Serviço de Observação

SSB – Sonda de *Sengstaken-Blakemore*

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

TIPS – *Transjugular intrahepatic portosystemic stent*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIs – Unidades de Cuidados Intensivos

UTG – Unidade de Técnicas de Gastrenterologia

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Vias Verdes



## **RESUMO**

O presente relatório tem por base o projeto pessoal e profissional desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), discutindo a vigilância de enfermagem enquanto intervenção especializada no cuidar a pessoa em situação crítica com alterações na função hepática.

Alicerçada por uma componente teórica e por uma revisão da literatura, discute-se as principais alterações hepáticas que requerem vigilância de enfermagem em contexto de cuidados críticos, identificando-se intervenções. Nesta perspetiva, segue-se uma descrição de experiências vivenciadas e atividades desenvolvidas nos diversos contextos de prática previamente definidos, nomeadamente: uma unidade de cuidados intensivos polivalente, uma unidade de cuidados intensivos específica na área de gastroenterologia e hepatologia, um instituto de referência internacional no tratamento da doença hepática e um serviço de urgência polivalente.

Este percurso apresenta como resultados excelentes oportunidades de aprendizagem, onde através do aprofundamento teórico, reflexão e prática em contextos de referência, se desenvolveram competências, se influenciaram pares, incrementou-se a vigilância em enfermagem, bem como uma prática atual, refletida e baseada em conhecimento científico, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e excelência do exercício profissional.

**PALAVRAS-CHAVE:** enfermagem, vigilância, cuidados críticos, alterações na função hepática, competências especializadas

## **ABSTRACT**

*The following report is based on personal and professional developed within the master in nursing the person in critical condition, of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) and discussing nursing as a specialized intervention in the care of the person in critical condition with liver failure alterations.*

*Anchored in a theoretical component and in a literature review, is discussed the main liverwort alterations, which require nursing surveillance within the context of critical care, identifying interventions. In this perspective, is followed a description of experiences and activities developed in the several practical contexts previously defined, such as: a multifaceted intensive care unit, a specific intensive care unit in gastroenterology and hepatology, an institute which is an international reference in the treatment of the liver disease, and a multifaceted emergency service.*

*This route presents as results excellent learning's opportunities, through a theoretical deepening, reflection and practice in reference contexts, developing competences, pairs were raised, as well as the actual practice, reflected and bases in scientifically knowledge, making the contribution to the improvement of the provided cares and the excellence of the professional exercise.*

**KEYWORDS:** *Nursing, Vigilance, Critical Care, Liver Diseases, Specialized Competences*



## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO .....  | 15 |
| 1.1. Cuidar a PSC por Alterações na Função Hepática .....                           | 17 |
| 1.1.1. Estado da Arte .....   | 18 |
| 1.2. Vigilância de Enfermagem: intervenção especializada .....                      | 21 |
| 2. ENQUADRAMENTO PRÁTICO .....  | 25 |
| 2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente .....                               | 26 |
| 2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Específica .....                                | 32 |
| 2.3. Instituto de Referência Internacional no Tratamento da Patologia Hepática..... | 38 |
| 2.4. Serviço de Urgência Polivalente .....  | 44 |
| 2.5. Participação em Eventos Científicos.....                                       | 50 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 53 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | 55 |

## ANEXOS

Anexo I – Certificados de participação e apresentação de trabalhos em eventos científicos

## APÊNDICES

Apêndice I – Trabalho Escrito “Instrumento para avaliação da compatibilidade de administração de fármacos por via endovenosa em sistema de bifurcação (Y)”

Apêndice II – Tabela para avaliação da compatibilidade de administração de fármacos por via endovenosa em sistema de bifurcação (Y)

Apêndice III – Folha de Registo Diário de Enfermagem da UCI específica

Apêndice IV – *Check-List* de Verificação de Enfermagem

Apêndice V – Norma “A Pessoa com Sonda *Sengstaken-Blakemore*: Intervenção de Enfermagem”

Apêndice VI – Formação em Serviço: “A Pessoa com Sonda *Sengstaken-Blakemore*: Intervenção de Enfermagem”

Apêndice VII – Formação em Serviço “A Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta: Intervenção de Enfermagem”

Apêndice VIII – Poster “A Vigilância da Pessoa em Situação Crítica por Alterações na Função Hepática”

Apêndice IX – Poster “Abordagem à Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Alta”

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1** - Evolução de dispositivos para fixação da SSB: a máscara de plástico deu lugar a um capacete de material esponjoso onde a SSB é fixada.....41

**Figura 2** - Capacete metálico para fixação de SSB .....42



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho constitui-se um elemento integrante e de avaliação da unidade curricular Estágio com Relatório, no âmbito do 5º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), pretendendo criar um espaço de análise, reflexão e retrospeção acerca do percurso de estágio realizado, bem como avaliar o desenvolvimento de aptidões e competências que compaginam com os objetivos deste curso (Aviso n.º 1070/2014 de 24 de Janeiro, 2014; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), 2010), com os descritores de Dublin que qualificam o 2º ciclo de formação (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, 2006), e ainda com as competências comuns e específicas definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento N.º 122/2011 de 18 de fevereiro; Regulamento N.º 124/2011 de 18 de fevereiro).

A pessoa com alterações na função hepática apresenta uma predisposição elevada para manifestar alterações fisiológicas severas que condicionam risco de vida, dependendo de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Figueiredo, Romero-Bermejo, Perdigoto, & Marcelino, 2012; Regulamento N.º 124/2011 de 18 de fevereiro; Rinella & Sanyal, 2006). Estas situações apresentam altas taxas de mortalidade e morbidade, um elevado impacto na economia e na vida da pessoa e família, sendo que a promoção da vigilância, enquanto intervenção de enfermagem especializada, poderá otimizar a gestão destas condições particulares, promovendo a qualidade dos cuidados e a obtenção de ganhos em saúde (European Association for the Study of the Liver (EASL), 2014; Meyer, Lavin & Perry, 2007; Meyer & Lavin, 2005; Mitchell, 2008).

Neste sentido, este trabalho tem como finalidade o desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas na vigilância da PSC devido a alterações na função hepática, tendo sido delineados os seguintes objetivos específicos: refletir acerca da vigilância da PSC com alteração na função hepática, como uma intervenção de enfermagem especializada; identificar uma abordagem de enfermagem sistematizada na gestão e controlo de algumas das

principais complicações e problemas associados a alterações na função hepática; desenvolver competências especializadas ao nível da prevenção dessas complicações, contemplando a educação para a saúde da pessoa e família; integrar conhecimentos e o processo de enfermagem nos cuidados prestados à PSC por alterações na função hepática, e à sua família, em diversos domínios de intervenção, ressaltando as diversas componentes da vigilância em enfermagem; contribuir para a promoção da vigilância em enfermagem e para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

A metodologia deste trabalho assenta na elaboração de um relatório, que após uma breve revisão da literatura sobre o tema em questão, espelha o percurso realizado em contextos da prática de cuidados, transparecendo a aquisição e desenvolvimento de competências.

Em relação à sua estrutura, responde às normas do guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL (Godinho, 2014) e desenvolve-se ao longo de dois capítulos primordiais. Na introdução é contextualizado o tema e a sua pertinência e são identificados os objetivos e a organização estrutural do trabalho. Segue-se o primeiro capítulo, onde se realiza um enquadramento temático sobre o âmbito deste relatório, apresentando-se o estado da arte que fundamenta e sustenta o objeto de estudo. Este capítulo engloba também a conceptualização da vigilância em enfermagem, realçando os contributos teóricos de Meyer e Lavin (2005) e de Benner (2001). O segundo capítulo apresenta o percurso realizado no âmbito do estágio em contextos de referência e participação em eventos científicos, espelhando o processo de aquisição de competências, através da descrição e reflexão acerca de atividades desenvolvidas e resultados alcançados. Por fim, as considerações finais remetem para a sistematização do percurso efetuado, com alusão às suas implicações práticas, limitações e sugestões identificadas.

## **1. ENQUADRAMENTO TEMÁTICO**

Neste capítulo realiza-se um enquadramento temático sobre o cuidar a PSC por alterações na função hepática, onde o tema é contextualizado e alvo de uma revisão da literatura que pretende determinar o atual estado da arte, realçando intervenções de enfermagem, no âmbito da vigilância. Segue-se a apresentação da vigilância de enfermagem, enquanto intervenção especializada, alicerçada pelas teorias de Meyer e Lavin (2005) e de Benner (2001). Este capítulo dirige, desta forma, todo o percurso de aquisição de competências, sendo fundamental para o seu entendimento.

### **1.1. Cuidar a PSC por Alterações na Função Hepática**

A PSC é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento N.º 124/2011 de 18 de fevereiro, p.8656). As doenças hepáticas constituem situações desafiantes, com elevada predisposição para envolver complicações graves e descompensação multiorgânica, acarretando risco de vida (Figueiredo et al., 2012; Rinella & Sanyal, 2006). Os cuidados à PSC por alteração da função hepática abrangem pessoas com um amplo espectro de patologias, que vão desde a insuficiência hepática aguda, quando não há história prévia de doença do fígado, à insuficiência e complicações causadas por agudização de um problema hepático crónico já previamente conhecido (EASL, 2014).

A insuficiência hepática aguda, também denominada hepatite súbita ou fulminante, afeta essencialmente adultos jovens, caracterizando-se por uma falência multiorgânica de rápida evolução, com uma taxa de mortalidade na ordem dos 80%, ou de 20%, se rápida deteção e cuidados adequados (Still, 2014). A par disto, 500 milhões de pessoas no mundo têm uma doença hepática crónica, nas quais 20 milhões apresentam um estadio final da doença, manifestada por cirrose hepática ou hepatocarcinoma. Note-se que, em 2013,

na Europa, ocorreram cerca de 170.000 mortes por cirrose hepática e 47.000 mortes por hepatocarcinoma (EASL, 2014; Figueiredo et al., 2012).

Anualmente estima-se que dois milhões de pessoas morrem devido a uma doença hepática, emergindo uma preocupação mundial e atual sobre o controlo destas doenças, que representam um considerável impacto económico, com elevados custos para o sistema de saúde, sofrimento humano, perda precoce de produtividade e decréscimo na qualidade de vida. Dada a sua elevada abrangência e potencial de intervenção na comunidade e saúde pública, o enfoque é principalmente no controlo das doenças hepáticas virais, por obesidade, distúrbios metabólicos ou por consumo de álcool, sendo a intervenção de enfermagem, no âmbito da vigilância, preponderante no que se relaciona essencialmente com a educação para a saúde e promoção de estilos de vida saudáveis, ao longo de todo o ciclo vital (Carvalho & Carvalho, 2006; EASL, 2014).

#### 1.1.1. Estado da Arte

Com base no protocolo construído previamente na fase de projeto deste percurso, foi realizada uma revisão da literatura, que visa identificar as principais alterações hepáticas que requerem vigilância de enfermagem em contexto de cuidados críticos, identificando intervenções específicas nessa área de cuidados.

Assim, seguindo os critérios de inclusão, selecionaram-se 21 publicações de natureza mista, indexadas nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, entre 2005 e 2016, com resumo ou texto integral disponível, nos idiomas francês, inglês ou espanhol, com os seguintes descritores associados: enfermagem, vigilância, cuidados críticos e alterações na função hepática.

Os artigos foram analisados de acordo com um instrumento de colheita de dados construído, tendo sido definidas quatro categorias: vários aspetos da vigilância da PSC com alteração na função hepática, a vigilância da PSC submetida a transplante hepático, da PSC com doença hepática crónica e da PSC com insuficiência hepática aguda.



Estudos de Lin e Smith (2010) e de Yogaratnam, Miller e Smith (2005) realçam a importância da implementação de um regime terapêutico racional à pessoa com disfunção hepática, de acordo com a eficácia e segurança dos fármacos, antecipando alterações na farmacocinética e avaliando a resposta terapêutica. Casos menos comuns de alteração da função hepática, como a rutura de adenoma hepático e a colestase intra-hepática da gravidez, são referidos por Allmark (2007) e Shea e Hoyt (2015), respetivamente, como situações raras mas com risco de vida, necessitando de um reconhecimento e intervenção precoces pelo enfermeiro, principalmente aquando da triagem no serviço de urgência (SU).

Vários autores focam a intervenção de enfermagem no período pós-transplante hepático, destacando a gestão, reconhecimento precoce e capacidade de intervir atempadamente em complicações, como são a disfunção do enxerto, a rejeição de órgão, a infeção, complicações do trato biliar, entre outras (Bellido, 2012; Fullwood, Jones & Lau-Walker, 2011; Grogan, 2011; Rudow & Goldstein, 2008). Para além disto, nas primeiras horas após transplante, realça-se a necessidade de uma adequada monitorização da função respiratória e equilíbrio ácido-base, bem como dos níveis de glicemia (Cheng, Hongying & Yanlan, 2009; Sheng, Jinxia & Bing, 2009). A médio-longo prazo, intervenções de suporte e educação, com vista a um cumprimento adequado do regime terapêutico, são fundamentais na melhoria dos resultados em saúde (Fullwood et al., 2011; Hansen, 2014). Todavia, Borges, Silva, Guedes e Caetano (2012) referem que a maioria dos cuidados à pessoa submetida a transplante advém de prescrições e não da avaliação do enfermeiro, sendo imperativo que este se aproprie dos seus próprios instrumentos e autonomia para fortalecer o cuidado autónomo, individual e holístico.

No que se refere à vigilância da PSC com um problema hepático crónico, Emerson e colaboradores (2014) discutem a incorporação de parâmetros, como os níveis de lactato sérico e a presença de ascite, para melhorar a fiabilidade de escalas de prognóstico na pessoa com cirrose. Outros estudos abordam a hemorragia digestiva alta (HDA) por rutura de varizes

esofágicas, destacando a sua etiologia, fatores de risco e hipóteses de tratamento (Smith, 2010), bem como a complexidade inerente ao transporte inter-hospitalar, que apresenta riscos acrescidos, onde a pessoa está ainda mais vulnerável, sendo imperativa a vigilância e planejamento de inúmeros parâmetros, num curto espaço de tempo (Herrera & Mora, 2011).

Por fim, no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa com insuficiência hepática aguda, O'Neal, Olds e Webster (2006) e Siao, Tsai e Liao (2009) focam a importância das intervenções de educação e suporte, conforto, cuidados nutricionais e monitorização respiratória, cardiovascular e neurológica, salientando o risco de edema cerebral secundário a encefalopatia hepática e a importância da identificação de sinais de aumento da pressão intracraniana. Também um estudo de Mahajan e Lat (2010) realça a intervenção do enfermeiro na identificação de potenciais focos de hemorragia, correção da coagulopatia, gestão de transfusões de hemoderivados e vigilância de reações adversas, dado o esgotamento de fatores de coagulação e proteínas vitais. Ainda relacionado com esta temática, Rose (2007) afirma vantagens na administração do fator VIIa recombinante, salientando a importância da administração segura deste tratamento.

Do exposto, se depreende que as alterações na função hepática são comuns e estão frequentemente associadas a condições graves, onde emerge a necessidade de cuidados críticos. Para além disto, a maioria tem a sua origem em estilos de vida e comportamentos inadequados, pelo que a vigilância, enquanto intervenção de enfermagem, é preponderante, quer a nível dos cuidados hospitalares, quer a nível dos cuidados de saúde primários. O foco deverá sempre manter-se na promoção da saúde, dos estilos de vida saudáveis, na educação para um adequado regime terapêutico, prevenindo complicações associadas. Todavia, quando a doença surge é necessário que o enfermeiro reconheça precocemente sinais e sintomas, de forma a intervir de forma imediata e eficiente. Para isso a vigilância em enfermagem, desenvolvida ao longo da sua experiência profissional e formação será basilar, pelo que se segue a explanação desse conceito.

## **1.2. Vigilância de Enfermagem: intervenção especializada**

O enfoque no termo vigilância surgiu na indústria de defesa, como uma resposta a um estímulo, e o interesse no tema, no decurso da II Guerra Mundial, motivou o desenvolvimento de diversas teorias que perspetivaram a vigilância como o desempenho de uma tarefa, que exigia a capacidade de ser fisiologicamente sensível, mentalmente alerta, consciente e informado (Boll, 2014; Kooken, 2008). Apesar de não ser consensual, em diversas disciplinas, a vigilância é definida como um processo de recolha de factos, análise e reflexão sobre a ação (Schoneman, 2002). Meyer e Lavin (2005) encaram a vigilância como uma característica que faz parte da essência dos enfermeiros e que lhes permite diferenciarem-se. Estas autoras (2005) defendem que a vigilância profissional de enfermagem é baseada no conhecimento em enfermagem, sendo um pré-requisito para a ação e tomada de decisão informadas. Consideram-na o pano de fundo onde o cuidar se desenvolve, com base numa atenção sustentada, sempre presente. Neste sentido, determinam cinco elementos principais da vigilância profissional de enfermagem:

### **✓ Atribuição de significado**

O enfermeiro, no contexto da sua experiência e formação e, pela sua capacidade para mobilizar e ajustar os seus conhecimentos para cada caso em particular, anexa um significado e sentido de enfermagem ao que é ouvido, visto e sentido, permitindo a realização de inferências sobre o que necessita de intervenção. Os diagnósticos de enfermagem resultam, assim, de processos intelectuais, cognitivos, que envolvam os sentidos, o intelecto e a vontade de cada enfermeiro, representando a ação informada que permite aos outros perceberem que a vigilância ocorreu (Meyer & Lavin, 2005; Renpenning, SozWiss, Denyes, Orem & Taylor, 2011).

### **✓ Antecipação do que pode acontecer**

Vigiar implica avaliar regularmente, analisando a informação, reagindo e intervindo de forma adequada e em tempo útil, com base no conhecimento e no reconhecimento precoce de possíveis complicações (Meyer & Lavin, 2005). Este processo pode evidenciar intervenções de enfermagem autónomas ou

interdependentes, sendo as últimas relacionadas com a gestão, coordenação e melhoria dos cuidados prestados (Doran & Dorothy, 2011), bem como com a comunicação e mobilização da equipa interdisciplinar uma vez que os enfermeiros devem conseguir detetar e comunicar alterações que ultrapassam a sua esfera de competência (Benner, 2001).

✓ **Cálculo do risco**

Efetivamente, todas as ações acarretam um maior ou menor risco, pelo que o enfermeiro deve estar desperto para balancear a sua intervenção de forma a maximizar os efeitos pretendidos, ao mesmo tempo que diminui a ocorrência de resultados não intencionais (Meyer & Lavin, 2005).

✓ **Disponibilidade imediata para a ação**

Norteados por uma base de conhecimentos sólida, o profissional de enfermagem sabe o que pode ser necessário e em que situações, certificando-se da rapidez de realização de uma intervenção quando necessária (Meyer & Lavin, 2005). Também Benner, Kyriakidis e Stannard (2011) afirmam que respostas instantâneas são imperativas para tratar complicações e/ou prevenir uma cascata de acontecimentos que podem ser devastadores ou irreversíveis.

✓ **Monitorização de resultados**

É imperativo que o enfermeiro avalie e monitorize os resultados das próprias intervenções, e das intervenções de outros, uma vez que é o profissional que permanece próximo da pessoa e família, realizando julgamentos e construindo uma base de conhecimentos multifacetada (Meyer & Lavin, 2005).

Assim, para Meyer e Lavin (2005), a vigilância profissional de enfermagem engloba um estado de atenção e identificação de sinais, pistas ou observações clinicamente significativas; o cálculo do risco inerente a situações no decurso do exercício profissional; e a preparação para agir de forma eficiente, minimizando riscos e respondendo a ameaças. Efetivamente, motivado por um estado de atenção e vigilância, o enfermeiro deve estar preparado para o inesperado, sendo determinante a rápida e correta tomada de decisão (Benner et al., 2011; Kelly, 2009).

Benner (2001) dá ênfase à vigilância em enfermagem, assumindo que esta, a par da detecção precoce de problemas, é a primeira forma de defesa da pessoa. A autora (2001) salienta que a aquisição de competências em enfermagem desenvolve-se ao longo de diferentes estádios<sup>1</sup>, aos quais são transversais sete domínios de competências. Destaca-se o domínio da função de diagnóstico e vigilância, no qual Benner (2001) faz referência a cinco competências, ressaltando a existência de outras: detetar e determinar mudanças significativas do estado da pessoa; fornecer um sinal de alarme precoce, antecipando uma crise e uma deterioração do estado da pessoa, antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico; antecipar os problemas, pensando no futuro; compreender os pedidos e os comportamentos tipo de uma doença, antecipando as necessidades da pessoa; e avaliar o potencial de cura da pessoa, respondendo às diferentes estratégias do tratamento.

Do exposto se depreende que tanto Meyer e Lavin (2005) como Benner (2001) percecionam a vigilância em enfermagem como determinante na avaliação e detecção precoce de complicações, bem como para a capacidade de intervir atempadamente, otimizando resultados e contribuindo positivamente no estado de saúde da pessoa. Hurley e colaboradores (2008) afirmam que intervenções iniciadas pelo enfermeiro para reduzir o risco iminente de dano à PSC são o resultado de conhecimento e experiência, compreendendo habilidades clínicas, comportamento ético e autoeficácia. Efetivamente, na sua plenitude, a vigilância tem o potencial de reduzir erros, envolvendo a pessoa no próprio cuidar (Boll, 2014). Concetualmente engloba parte do processo de pensamento do enfermeiro, que apenas é possível aferir pela ação,

---

<sup>1</sup>Para Benner (2001) os diferentes estádios de desenvolvimento de competência em enfermagem são: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Assim, o enfermeiro iniciado corresponde ao primeiro nível de conhecimento em enfermagem, não possuindo experiência acumulada e apresentando dificuldade em discernir o que é relevante numa situação de cuidados. O enfermeiro iniciado avançado já lidou com várias situações reais, detetando o que é significativo e apresentando um nível de desempenho aceitável. No nível competente, o enfermeiro planeia as suas intervenções para atingir resultados e consegue determinar os elementos que requerem maior atenção e aqueles que podem ser ignorados. O enfermeiro proficiente percebe as situações como um todo, possui mais destreza para reconhecer e responder quando ocorrem alterações dada a experiência acumulada em situações semelhantes. O enfermeiro perito é aquele que possui a capacidade de compreender intuitivamente cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo espectro de informações.

relacionando-se com a satisfação, segurança e qualidade dos cuidados prestados (Ebright, 2010; Meyer & Lavin, 2005).

A revisão da literatura e enquadramento teórico apresentados serviram de base para o desenho do percurso em contexto clínico, estimulando oportunidades de aprendizagem para o desenvolvimento de competências gerais e específicas no cuidar a PSC por alterações na função hepática. Este percurso será explanado no capítulo seguinte.

## **2. ENQUADRAMENTO PRÁTICO**

No presente capítulo, surgem a descrição e análise crítica de situações específicas da prática de cuidados, pois se a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, a prática apresenta-se mais complexa, repleta de variadíssimas realidades, que devem ser alvo de confronto, questionamento, promovendo um processo de reflexão e conceptualização, com valor formativo (Alarcão, 2001; Benner, 2001).

Não é fácil sair da nossa zona de conforto e regressar ao papel de estudante, num ambiente distinto, com inúmeras novidades, onde o aproveitamento das oportunidades de aprendizagem requer uma atitude dinâmica e proactiva, visando o adquirir de competências específicas e de capacidades transversais: de adaptação à mudança, integração em equipa, de pensamento, espírito crítico, de aprendizagem, de análise de situações e resolução de problemas, de comunicação, de liderança, de inovação, entre outras (Ruivo, Nunes, Ferrito & Cle, 2010). A aquisição destas competências e capacidades torna-se essencial na busca pela excelência do exercício profissional, uma busca que deve permanecer constante, sendo espelhada no percurso vivenciado ao longo destes últimos meses. Seguem-se, portanto, as principais atividades desenvolvidas e resultados alcançados nos diferentes contextos de prática: na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCI Polivalente), na unidade de cuidados intensivos específica na área de gastroenterologia e hepatologia (UCI Específica), no instituto de referência internacional no tratamento da patologia hepática e no serviço de urgência polivalente (SU Polivalente). Para além disto, será ainda mencionada a participação em eventos de carácter científico.

## 2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A unidade de cuidados intensivos (UCI) apresenta, enquanto contexto de cuidados, um contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades da pessoa, 24h por dia, permitindo uma monitorização contínua e invasiva pela presença de uma equipa interdisciplinar e rácios enfermeiro-doente menores (Ministério Da Saúde, 2003). Nestes ambientes altamente tecnológicos, o enfermeiro necessita de ser hábil e inteligente para utilizar o equipamento, dispositivos, tratamentos e outra tecnologia de forma segura, protegendo a pessoa e família de riscos reais e potenciais (Benner et al., 2011). A vasta diferenciação de cuidados existente permitiu a prestação de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar variados processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica, sendo que o domínio técnico foi conseguido de forma gradual, não descurando “os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico [que] enformam a boa prática de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2012, p.12).

As oportunidades de aprendizagem foram inúmeras, tendo havido a necessidade de relembrar os conteúdos das unidades curriculares do 1º ano do curso e realizar constante pesquisa bibliográfica, fomentada por experiências que abrangeram a prestação de cuidados à PSC com necessidade de ventilação mecânica, com monitorização invasiva, submetida a técnicas de substituição da função renal ou a técnicas de suporte específicas, como o suporte cardiopulmonar - *extracorporeal membrane oxygenation* (ECMO). Outra área onde foi possível intervir foi no transporte intra-hospitalar da PSC em todas as suas fases (decisão, planeamento e efetivação). A aquisição de competências na área da comunicação e relacionamento interpessoal aquando da existência de barreiras à comunicação (movidas pela entubação endotraqueal ou alteração do estado de consciência) também foi uma realidade.



A par disto, as pessoas com disfunção hepática representaram uma população importante na UCI, pois os avanços tecnológicos, o tratamento e a existência de dispositivos de suporte da função hepática, fazem a admissão em UCI ser cada vez mais provável neste grupo particular (Han & Hyzy, 2006; Natário et al., 2009; Rinella & Sanyal, 2006). Para além disto, a probabilidade é superior pelo facto da UCI em questão se integrar num centro de referência nacional na área da transplantação, recebendo regularmente pessoas para a realização, ou que já haviam realizado, transplante hepático.

Assim, no âmbito específico do tema deste relatório, surgiu a oportunidade de cuidar de pessoas submetidas a diversas cirurgias do foro hepático, nomeadamente hepatectomias, excisão da via biliar com hepatojejunostomia e transplante hepático por diversas etiologias: doença hepática crónica por etilismo, vírus C ou cirrose biliar primária; hepatite fulminante por toxicidade com paracetamol; e polineuropatia amiloidótica familiar (PAF). Foi ainda possível prestar cuidados a pessoas já anteriormente submetidas a transplante hepático e que tiveram, por um outro motivo, necessidade de cuidados intensivos. De facto, Hoffman e colaboradores (2006) afirmam que qualquer alteração no *continuum* saúde-doença deve ter em atenção o estado da pessoa, enquanto pessoa transplantada, garantindo-se uma equipa especializada e um adequado planeamento de cuidados.

No caso particular da pessoa submetida a transplante hepático, verifica-se que o mesmo é um procedimento cirúrgico complexo que apresenta repercussões em vários sistemas orgânicos (cardiovascular, renal, metabólico, respiratório), beneficiando de uma boa infraestrutura hospitalar e de uma equipa interdisciplinar especialmente capacitada (Borges et al., 2012; Hoffman et al., 2006). A evolução científica e tecnológica tornou o transplante hepático numa oportunidade de tratamento de fim de linha em muitas doenças hepáticas e, apesar de apresentar elevadas taxas de sucesso, complicações podem ocorrer, principalmente no pós-operatório imediato. O tempo que a pessoa submetida a transplante hepático irá necessitar de tratamento e vigilância intensiva é variável, dependendo do seu estado de saúde antes deste procedimento, do tipo de transplante realizado e da ocorrência ou não de

complicações no pós-operatório, entre as quais se destacam: a disfunção do enxerto, a rejeição de órgão, a infeção, complicações biliares ou a trombose da veia hepática. Como já havia sido mencionado, a equipa de enfermagem deve estar alerta para a provável ocorrência destas complicações, por forma a planear intervenções que promovam o seu reconhecimento e gestão precoces (Benner, 2001; Fullwood et al., 2011; Hoffman et al., 2006; Meyer & Lavin, 2005).

De salientar que, nesta UCI, a existência de um protocolo sobre os cuidados gerais, medicação, vigilância e monitorização no pós-operatório imediato da pessoa submetida a transplante hepático, torna-se num elemento facilitador do reconhecimento das especificidades nos cuidados a prestar à PSC nesta condição, auxiliando médicos e enfermeiros (especialmente elementos novos na equipa interdisciplinar) a não descurem aspetos importantes na vigilância deste tipo de situação, potenciando a qualidade dos cuidados prestados.

De forma a prevenir e detetar precocemente complicações, o cuidado de enfermagem é de alta complexidade técnica no período pós- transplante, contanto com atividades como: a garantia da realização de análises e exames complementares de diagnóstico (ecografia abdominal superior, *ecodoppler* vascular do enxerto, radiografia de tórax, eletrocardiograma); a monitorização hemodinâmica; o balanço hídrico rigoroso; a vigilância de perdas hemáticas; o controlo glicémico, mantendo valores entre 140-200mg/dl e prevenindo a hipoglicemia; os cuidados à ferida cirúrgica e drenos; a vigilância dos conteúdos drenados e da produção e características da bÍlis; a aspiração e permeabilidade da via aérea; a manutenção de um isolamento protetor; a transfusão de hemoderivados, reposições iónicas e administração de albumina, conforme prescrição; a profilaxia do tromboembolismo pulmonar com administração de heparina de baixo peso molecular e uso de meias de contenção elástica durante o levante; a administração de pantoprazole para proteção gástrica; a nutrição, com início de alimentação oral precoce (até 12H pós-cirurgia); o levante para cadeirão, se ausência de complicações cirúrgicas imediatas; o controlo da infeção, com remoção precoce de dispositivos médicos

(cateter de *Pulse index Continuous Cardiac Output* (PiCCO), sonda nasogástrica, algália, drenos abdominais, entre outros); as profilaxias anti-infecciosas (antibióticos, antifúngicos, antivirais, outros); a imunossupressão (administração, efeitos adversos e toxicidade); e a educação para a saúde, envolvendo a família e de acordo com as necessidades. Para além disto, o enfermeiro não deve descurar o conhecimento sobre o estado geral da pessoa no período pré-operatório, bem como sobre o que ocorreu no período intraoperatório (Borges et al., 2012; Grupo da Formação da UUM/UCIP7, 2014).

Neste âmbito, relembro uma situação de cuidados em que a pessoa havia sido submetida a um transplante hepático ABO incompatível, necessitando de uma técnica complexa e rara: a plasmaferese. Assim, foi necessária formação externa sobre este procedimento para a equipa de enfermagem, sendo que tive a oportunidade de assistir à formação e colaborar na prestação de cuidados nesta situação particular e rara. O transplante hepático ABO incompatível é utilizado apenas como medida emergente, quando não há dador compatível disponível, sendo necessária a associação de plasmaferese e/ou administração de imunoglobulina intravenosa (Mendes et al., 2013). Todavia, perante a existência de rejeição de órgão, a pessoa teve mesmo de ser submetida a novo transplante, tendo o pós-operatório decorrido sem intercorrências e, alguns dias depois, deu-se a transferência para a unidade de transplantes para dar continuidade ao processo de recuperação. Obviamente que, a par dos cuidados técnicos complexos, não puderam ser esquecidas as necessidades biopsicossociais da pessoa e família, que por duas vezes, num curto espaço de tempo, passaram por uma cirurgia complexa e um pós-operatório na UCI, marcado por incertezas quanto ao seu futuro. Não esquecendo que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo os mais elevados níveis de satisfação da pessoa (OE, 2012). Assim, a complexidade no cuidar a PSC submetida a transplante hepático deve-se, não só às complicações clínicas que podem surgir no período pós-operatório, mas também à necessidade de uma atenção

especial aos aspetos emocionais que compreendam o ser humano de forma holística, requerendo para além de competência técnica, disponibilidade para cuidar e envolvimento humano (Borges et al., 2012).

De facto, a pessoa transplantada, convive com o medo da morte, com as incertezas quanto ao prognóstico e tratamento, com a esperança numa nova oportunidade, necessitando de uma atenção especial às questões psíquicas, físicas, emocionais e sociais. Os enfermeiros, pela sua proximidade com a pessoa neste período especialmente sensível, devem investir num cuidado integral, que envolva a família, ouvindo-os, preparando-os para o futuro, respondendo às suas necessidades e não focalizando apenas os aspetos meramente técnicos (Borges et al., 2012; Hansen & Rosenkranz, 2014).

Em síntese, nesta área específica, a intervenção de enfermagem engloba cuidados exclusivos que incluem a vigilância de complicações reais ou potenciais, de problemas físicos, emocionais e psicossociais, e o planeamento de um adequado regime terapêutico, com foco nos estilos de vida saudáveis e no cumprimento da terapêutica imunossupressora (Hoffman et al., 2006).

Posto isto, saliento ainda o desenvolvimento de competências na área da governação clínica, da potenciação de um ambiente terapêutico e seguro e da melhoria contínua dos cuidados prestados, conseguido pela construção de um trabalho (Apêndice I) que contemplava um instrumento de consulta rápida das incompatibilidades de administração em sistema de bifurcação dos fármacos mais comumente utilizados nesta UCI, integrando dados obtidos numa base de dados na área de farmacologia, substituindo ferramentas já existentes no serviço e que contemplavam informação contraditória e desatualizada. A ideia surgiu de uma necessidade sentida pela equipa e experienciada por mim, aquando de situações de cuidados, onde foi urgente a colocação de várias perfusões em simultâneo, sendo imprescindível garantir a segurança da administração terapêutica.

O fígado é o principal local de metabolismo dos fármacos, sendo suscetível a lesões causadas por estes. A hepatotoxicidade relacionada com fármacos é relativamente incomum (1 em 10.000-100.000 pessoas), no entanto, o risco de hepatotoxicidade na PSC é aumentada devido ao elevado

número de agentes farmacológicos utilizados e as possíveis interações significativas entre estes. Além disso, a farmacocinética das drogas é modificada, havendo coexistência com outras causas de danos no fígado, tais como a hipoperfusão, sépsis e a nutrição parentérica (Lescot, Karvellas, Beaussier & Magder, 2012). Esta temática ganha ainda maior relevo quando a PSC já apresenta uma alteração na função hepática.

Desta forma, o instrumento construído (Apêndice II) pretendeu responder às especificidades do serviço, envolvendo a equipa, privilegiando a utilidade prática e a resposta às suas necessidades diárias, tendo sido impresso em formato A2 e exposto nas duas salas de preparação de terapêutica do serviço, potenciando a vigilância profissional de enfermagem que engloba, entre outras dimensões, o cálculo do risco inerente a situações da prática de enfermagem, bem como a atuação, baseada no conhecimento, por forma a minimizar riscos e ameaças, reais ou potenciais, protegendo a pessoa (Meyer & Lavin, 2005). Para além disso, reflete acerca da maximização da intervenção do enfermeiro na otimização do trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados; na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos; e na promoção de uma resposta rápida e segura, imperativa em contexto de cuidados críticos (Regulamento N.º 122/2011 de 18 de fevereiro; Regulamento N.º 124/2011 de 18 de fevereiro).

De referir, que este instrumento foi, posteriormente divulgado e utilizado nos restantes contextos de estágio, tendo tido bastante recetibilidade, uma vez que, também nesses contextos, os instrumentos existentes excluía a medicação comumente utilizada, ou eram antigos, causando dúvidas quanto à veracidade da sua informação. Também nesses contextos, vivenciei situações de cuidados onde a rápida decisão sobre a bifurcação de dois fármacos se questionou, demonstrando-se o proveito do uso da tabela.

Pretende-se, contudo, que esta ideia não cesse no encerrar deste capítulo, e uma vez que o enfermeiro deve abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador (ESEL, 2010), surgiu o projeto de criação de uma aplicação para telemóvel e *tablet*, pretendendo-se utilizar a tecnologia para potenciar e facilitar a consulta dos cruzamentos entre fármacos

pelos profissionais. Recorrendo a uma rede de contactos informais, o protótipo da aplicação encontra-se a ser realizado por um engenheiro informático, podendo o instrumento construído vir a se tornar, num futuro próximo, mais acessível aos enfermeiros, que sendo os responsáveis pela administração segura dos medicamentos, devem utilizar todos os recursos ao seu alcance para garantir a excelência da sua intervenção nessa área de cuidados. Aos enfermeiros especialistas cabe-lhes, mais que isso, garantir e influenciar positivamente os pares para a administração correta e segura dos medicamentos, fomentando uma melhoria contínua dos cuidados prestados e auxiliando um exercício profissional refletido e atual.

Em suma, as atividades desenvolvidas na UCI revelaram-se ocasiões únicas de crescimento pessoal e profissional, contribuindo para responder aos objetivos previamente definidos na fase de projeto. De uma forma geral, as expectativas foram superadas, com o alcance e desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à PSC e respetiva família, em contexto de unidade de cuidados intensivos polivalente.

## **2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Específica**

Existem unidades de cuidados intensivos específicas para cuidar da pessoa com patologia do foro hepático. De acordo com Romãozinho, Ferreira, Amaro e Leitão (2007), estas são fundamentais na prestação de cuidados de qualidade, permitindo uma estratificação do risco e a otimização de recursos humanos e materiais, bem como uma importante redução de custos. Os mesmos autores (2007) descrevem que estas unidades surgiram pelo elevado número de doenças digestivas agudas e severas admitidas nos serviços de urgência; pela enorme diversidade de variáveis que podem influenciar a evolução destes casos, merecedores de monitorização contínua em instalações adequadamente equipadas; e pela otimização de recursos humanos e materiais, realização de protocolos e permanente avaliação.

De facto, as UCI específicas podem melhorar os resultados em enfermagem, reduzindo a variabilidade dos diagnósticos e focalizando os conhecimentos do enfermeiro, contudo correm o risco de apresentar limitações na capacidade de adaptação dos profissionais para cuidar de outros tipos de pessoas em situação crítica, não havendo evidência quanto ao aumento da sobrevivência em UCIs específicas, quando comparadas com UCIs polivalentes (Lott et al., 2009). Para Benner (2001), os enfermeiros especialistas, com grande conhecimento em pessoas com doenças similares, desenvolvem conhecimentos especializados e uma linguagem particular, sendo as suas capacidades de reconhecimento e percepção fulcrais para a excelência dos cuidados de enfermagem.

No percurso por esta unidade dedicada foram aprofundados conhecimentos sobre os cuidados prestados à PSC e família, tendo em atenção as especificidades resultantes de uma alteração na função gastrointestinal ou hepática. Assim, nesta área, deu-se o aprofundamento de conhecimentos anteriores sobre a monitorização contínua, minimização de complicações e suporte orgânico na PSC, essencialmente na pessoa com complicações associadas a uma descompensação de uma doença hepática crónica precipitada por um evento agudo: frequentemente a infeção ou a hemorragia. Diversos autores (Fowler, 2013; Ginès, Fernández, Durand, & Saliba, 2012; Han & Hyzy, 2006; Heidelbaugh & Sherbondy, 2006; Volk & Marrero, 2006; Werner & Perez, 2012) realçam que na doença hepática, complicações como a ascite refratária, a HDA por rutura de varizes esofágicas, a infeção, a encefalopatia hepática, o síndrome hepatorenal ou a falha orgânica associada ao síndrome *acute-on-chronic liver failure* podem representar problemas graves que requerem cuidados complexos e diferenciados.

Neste âmbito destaco intervenções de enfermagem específicas praticadas, tais como a avaliação do estado de consciência, garantia de permeabilidade da via aérea com cuidados à pessoa com ventilação mecânica invasiva (VMI), técnicas de posicionamento, colocação e manutenção de sonda nasogástrica, colaboração em técnicas endoscópicas de diagnóstico e tratamento, cuidados com dispositivos específicos como a sonda de

*Sengstaken-Blakemore* (SSB), monitorização hemodinâmica contínua, monitorização rigorosa do balanço hídrico, vigilância de perdas hemáticas e avaliação da presença de hemorragia ativa, gestão e administração de hemoderivados e fatores da coagulação, administração de terapêutica específica, entre outras. A par destes cuidados técnicos de alta complexidade sempre centrados na pessoa e família, com foco na sua melhoria e recuperação e no alcance, tão rapidamente quanto possível, da sua máxima capacidade funcional (Decreto-lei nº 161/96, de 04 de setembro), foram potenciadas intervenções de enfermagem no âmbito da vigilância, com vista à obtenção de melhores resultados. Assim sendo, foi actualizada a folha de registo diário de enfermagem (apêndice III), com a incorporação da escala de sedação de *Ramsey* e diversas escalas de avaliação da dor (numérica, qualitativa, de faces, do observador e comportamental - *Behavioural Pain Scale* (BPS). Estas alterações foram submetidas de acordo com necessidades diárias da equipa de enfermagem, estimulando a definição de diagnósticos de enfermagem e definição de respectivas intervenções. Para além disto, a inclusão destas escalas na folha de registo, facilita a interpretação do enfermeiro, bem como a interpretação do registo efetuado por este pela equipa médica, que diariamente consulta os registos de enfermagem para a tomada de decisão clínica.

Ainda nesta óptica de incremento da vigilância em enfermagem, verifica-se que a segurança tem vindo a ser discutida como uma prioridade nos cuidados de saúde, sendo fundamental cultivar este conceito no seio da equipa interdisciplinar, a fim de promover a excelência dos cuidados prestados (Kear & Ulrich, 2015). Em ambiente de cuidados intensivos, a segurança ganha ainda um maior impacto, no sentido em que a PSC está particularmente vulnerável, susceptível a factores rapidamente mutáveis e onde decisões e intervenções podem necessitar de ser imediatas. A vigilância em enfermagem implica conhecer o que pode ser necessário e quando, garantindo a rapidez da ação (Meyer & Lavin, 2005). Como tal, a unidade do doente está repleta de diverso material e equipamento, muitas vezes, estrategicamente colocado, por forma a antecipar a intervenção da equipa perante riscos e complicações. Todavia,



assiste-se, frequentemente, ao descurar de pequenos aspectos, como por exemplo a verificação dos alarmes do monitor ou a inexistência de ressuscitador manual na unidade, que podem por em causa a segurança da PSC. Assim, foi concretizada uma *check-list* de verificação de diversos parâmetros no âmbito da segurança, monitorização, ventilação e prescrição (apêndice IV), tendo sido esta folha de registo adaptada de uma outra utilizada no primeiro contexto de estágio – a UCI polivalente -, a fim de sensibilizar a equipa, potenciar as acções de vigilância numa vertente preventiva, garantindo a segurança e melhorando a detecção precoce de falhas que podem ter implicações negativas na prestação de cuidados.

A vigilância é uma intervenção primária dos cuidados de enfermagem, sendo crucial na promoção de resultados positivos (Kelly & Vincent, 2011). Assim, ainda neste âmbito, foi desenvolvida uma norma de serviço sobre a intervenção de enfermagem à PSC com SSB. Esta opção foi tomada, no âmbito da prática de cuidados, onde, por duas vezes, tive a oportunidade de cuidar da PSC com este dispositivo, detetando-se, na equipa de enfermagem, dúvidas quanto à sua intervenção e ao funcionamento e manuseamento da SSB. Deste modo, foi realizada pesquisa bibliográfica, foi envolvida a equipa interdisciplinar e foi construída uma norma que se encontra em processo de aprovação hierárquica superior (apêndice V). A par disto, foi marcada uma formação em serviço (apêndice VI), para divulgação do trabalho desenvolvido à equipa de enfermagem. A formação foi uma estratégia utilizada para fomentar o desenvolvimento dos profissionais, da organização e favorecer uma melhoria nos cuidados prestados, providenciando um espaço de reflexão e actualização, alertando para a necessidade de receptividade, criatividade, inovação e responsabilidade individual na profissão (Ribeiro, 2013; Sousa, 2003; Tojal, 2011). Efetivamente, a formação contínua deve auxiliar os enfermeiros no desenvolvimento de atitudes de análise, de resolução de problemas e de pensamento crítico sobre os valores e os princípios fundamentais do cuidar. A formação deverá também “ser capaz de agir na ambiguidade do universo moderno dos cuidados de saúde: um universo complexo, onde não existem respostas ou soluções feitas e evidentes” (Tojal, 2011, p.18).

Por alguns constrangimentos relacionados com a disponibilidade da enfermeira orientadora e dos recursos disponíveis, a formação apenas foi realizada em Fevereiro de 2016. No entanto, tal revelou-se uma oportunidade, pois foi possível a partilha de conhecimentos e experiências resultantes do estágio numa UCI também específica nesta área, em contexto internacional, que já apresentava uma norma semelhante e resultados de alguns estudos não publicados realizados no âmbito do cuidar a PSC com SSB. O contacto com este contexto internacional será explorado, mais à frente, no decurso deste relatório. De realçar ainda que, esta formação foi gravada no sistema EDUcast, permitindo que a sessão ficasse disponível para elementos da equipa de enfermagem que não conseguiram estar presentes, ou para novos elementos que integrem futuramente a equipa. Para além disso, no meu contexto de trabalho - um serviço de Gastrenterologia – esta sessão de formação foi também incorporada no plano de formação para este ano, a fim de esclarecer dúvidas essencialmente acerca do funcionamento, colocação da SSB e complicações associadas. Esta partilha permite a divulgação de conhecimento, o empoderamento das equipas e estreitar a relação entre as instituições de saúde e as universidades, objectivando-se o aproveitamento de recursos, experiências e conhecimentos.

Para além do supramencionado, o estágio na UCI específica permitiu também o desenvolvimento de várias atividades no âmbito da gestão, potenciando a aquisição e desenvolvimento de competências acrescidas nessa área, uma vez que a enfermeira orientadora é a principal responsável por várias tarefas neste âmbito, substituindo a enfermeira chefe nas suas ausências. Neste sentido, atividades relacionadas com a gestão de recursos humanos, gestão de materiais e *stocks*, divulgação e cumprimento de normas / orientações, articulação com equipa interdisciplinar, resolução de problemas e conflitos, o acompanhamento e participação ativa na visita médica, a constante motivação da equipa e a preocupação acrescida com as atividades de formação, foram algumas áreas onde incidiu o trabalho realizado nesta unidade, com impacto significativo e visível na prestação diária de cuidados.

Neste prisma, constata-se a implicação positiva destas atividades nas práticas dos profissionais da saúde e na organização dos cuidados à PSC, ressaltando-se a importância do enfermeiro especialista na liderança e adequada gestão, promovendo a qualidade dos cuidados e otimizando a resposta da equipa de enfermagem, bem como a sua articulação na equipa interdisciplinar (ESEL, 2010; Regulamento N.º 122/2011 de 18 de fevereiro). A existência de enfermeiros peritos e competentes numa área específica de cuidados, a par da garantia de dotações seguras de profissionais, da formação, de ambientes de trabalho saudáveis, promovem a prestação de cuidados seguros e de alta qualidade, potenciando a vigilância que é influenciada quer por características pessoais dos enfermeiros, quer por fatores relacionados com o ambiente de cuidados (Kelly & Vincent, 2011; Kendall-Gallagher & Blegen, 2009).

Por fim, a realização do estágio nesta UCI específica revelou-se fundamental para que pudesse melhorar a minha prática na abordagem à pessoa e família com alteração da função hepática, desenvolvendo competências acrescidas a diversos níveis. A formação e sensibilização de pares, em contexto formal e informal, sobre conhecimentos resultantes da articulação da experiência e da formação contínua, possibilitou a actuação como agente de mudança nos serviços, impulsionando uma prática actual, reflectida e baseada em conhecimento científico. Acções de gestão foram também experienciadas, permitindo um aprimoramento, a optimização dos cuidados de enfermagem e a valorização de elevados padrões de qualidade.

### **2.3. Instituto de Referência Internacional no Tratamento da Patologia Hepática**

O culminar do desenvolvimento de competências gerais e específicas no cuidar a PSC e família em ambientes de cuidados intensivos foi alcançado pela rentabilização das experiências num contexto internacional de referência. A adaptação à mudança ganha ainda maior realce na realidade de um outro país. Conhecer uma nova cidade, uma nova cultura, pessoas de diversas nacionalidades, exprimir-me noutro idioma, compreender outras formas de organização da carreira e do trabalho em enfermagem, entre outros aspectos, representam uma pequena dimensão de uma gratificante experiência académica, pessoal e profissional.

Neste contexto internacional, os prestadores de cuidados são estruturados e organizados por institutos, o que permite a vasta colaboração interdisciplinar e entre vários serviços, no âmbito do cuidar a pessoa com alterações na função gastrointestinal e hepática. Assim o instituto dedicado a esta área aglomera as áreas de cirurgia geral, gastrointestinal e digestiva, de dietética e endocrinologia e de gastroenterologia e hepatologia, onde os profissionais de saúde trabalham em projetos conjuntos, quer a nível clínico quer a nível de investigação científica. Durante este percurso, foram vários os serviços alvo de visita, tais como a unidade de cuidados intensivos específica para cuidar a pessoa com doença digestiva, o serviço de hemodinâmica hepática, o serviço de técnicas endoscópicas, o serviço de consultas pré e pós transplante hepático, bem como a visita ao laboratório do mestrado à PSC <sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Este mestrado, dedicado a médicos e enfermeiros, aposta numa componente teórica e numa componente prática, também assente numa metodologia de simulações de caso, onde os profissionais trocam de papéis na resolução de situações da prática diária. Assim entre os recursos disponíveis, conta com um laboratório que contempla a mais recente tecnologia para a qualidade da simulação, tal como um manequim comandado por computador, dispositivos clínicos semelhantes aos utilizados pelos profissionais naquele hospital (ventilador, monitor, bombas infusoras, carro de urgência e reanimação, etc.), câmaras de vídeo para filmagem dos casos, entre outros. A realização de uma revisão e reflexão após cada sessão pretende aumentar a segurança da pessoa, otimizar o trabalho em equipa e refletir sobre a tomada de decisão. Efetivamente, uma variedade de abordagens de ensino e aprendizagem são necessárias para abranger a complexidade inerente aos cuidados de enfermagem. A prática simulada nestes parâmetros, adjuvada por outros métodos de formação, permitirá desenvolver competências da teoria e da prática clínica, potenciando o treino num ambiente clínico realista e o desenvolvimento de

Ao longo das duas semanas de estágio, a maioria do tempo foi dedicado essencialmente à prestação de cuidados de enfermagem na unidade de cuidados intensivos dedicada. Nesta, o tipo de experiências vivenciadas em Portugal, nas unidades de cuidados intensivos polivalente e específica, uniram-se num único espaço, uma vez que foi possível a prestação de cuidados de saúde à PSC por descompensação/agudização de uma doença hepática de base, bem como à PSC submetida a transplante hepático, entre outros. De facto, enquanto a UCI de gastroenterologia e hepatologia em Portugal se dedicava essencialmente a casos do foro médico, a UCI específica, neste contexto internacional, agregava também casos cirúrgicos, amplificando as experiências no âmbito do tema do presente trabalho.

De forma geral, algumas das atividades desenvolvidas nesta unidade centram-se em cuidados inerentes a qualquer unidade de cuidados intensivos, com foco na prevenção da infeção, na vigilância hemodinâmica e do equilíbrio hidroeletrólítico, nos cuidados à pessoa com VMI, com traqueostomia, com dispositivos de monitorização invasiva, com necessidade de técnicas de substituição da função renal, com feridas cirúrgicas e sistemas de drenagem, entre outros. Todavia, quando questionados, a equipa de enfermagem identifica intervenções específicas no cuidado à pessoa com alteração da função hepática, tais como:

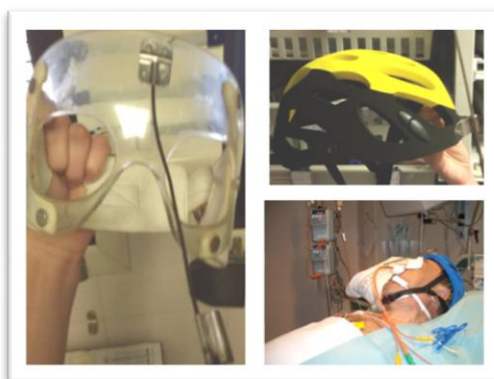
✓ A diluição de medicação endovenosa em glucose, por forma a diminuir a administração de cloreto de sódio à pessoa com doença hepática. Efetivamente a ascite é uma das principais complicações da cirrose hepática, sendo que o seu controlo poderá ser conseguido pela administração de diuréticos e pela restrição de sódio, limitando o seu consumo oral a 2000mg/dia (Han & Hyzy, 2006; Kashani, Landaverde, Medici & Rossaro, 2008; Werner & Perez, 2012). Em ambientes de cuidados intensivos, naturalmente associados à administração de múltiplas perfusões, a reposição e administração de fluidos deve ser ponderada evitando, sempre que possível, a administração de soluções salinas (Huguet & Pagán, 2010).

✓ A colocação de botas protetoras a nível dos calcâneos na pessoa com cirrose, uma vez que dados recolhidos no âmbito de um estudo em desenvolvimento na unidade (e ainda não publicado) indicam um risco acrescido de desenvolvimento de úlcera por pressão na pessoa com essa patologia, sendo o local mais frequente o calcâneo. Efetivamente, não existem estudos publicados que vão de encontro a estes resultados, mas sabe-se que o risco de aparecimento de úlceras por pressão está aumentado na PSC e na pessoa que tem uma doença hepática, devido a fatores de risco como a perda de mobilidade, utilização de dispositivos clínicos, perfusão e oxigenação inadequadas, alterações na coagulação, edema, processos inflamatórios, situação nutricional deficiente, aumento da humidade da pele e estado geral de saúde degradado (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2014; Williams & Harding, 2003). Assim, os profissionais de saúde devem estar cientes de que as úlceras por pressão representam um problema de saúde pública, com elevados custos, sendo ainda um indicador da qualidade dos cuidados prestados. A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão torna-se fundamental no planeamento e implementação de intervenções com foco na sua prevenção (National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014; Orientação da Direção-Geral da Saúde nº017/2011 de 19 de maio; Swafford, Culpepper & Dunn, 2016). Um estudo de Inui, Harada, Nakajima e Itami (2007) sugere uma melhoria na cicatrização de úlceras por pressão em doentes com cirrose que realizaram transplante hepático, relacionando a melhoria da condição sistémica da pessoa e sugerindo uma possível influência da bilirrubina sérica na cicatrização de feridas;

✓ Cuidados específicos à pessoa com SSB, ressaltando a idealização e utilização pela equipa de um dispositivo tipo capacete, que previne as úlceras por pressão na asa do nariz da pessoa que necessita de manutenção da SSB (figura 1). De facto, muitos dispositivos clínicos, tais como o oxímetro, máscaras de ventilação, sondas e cateteres são necessários nos cuidados prestados à PSC e, embora projetados para oferecer uma pressão física mínima sobre a pele da pessoa, podem causar úlceras por pressão. A

utilização da SSB está associada a lesões na narina, lábios e língua, sendo o risco aumentado pela aplicação de tração. Dada a emergência associada à colocação e necessidade de manutenção da SSB, a vigilância da pele é muitas vezes negligenciada, o que, associado a um aumento substancial do risco pela própria condição de saúde pode causar a ocorrência de úlceras por pressão (Almeida & Conceição, 2010; Kim et al., 2015). Um estudo de Kim e colaboradores (2005) relata o caso de um dispositivo tipo capacete metálico para fixação da SSB (figura 2), onde em apenas 3 dias se desenvolveu uma úlcera por pressão de categoria IV na região frontal da PSC. Ressalta-se a necessidade de os profissionais de saúde se consciencializarem sobre o risco de ocorrência de úlceras por pressão, sobre a utilização correta dos dispositivos e sobre a importância da vigilância da pele, particularmente nas zonas de pressão.

**Figura 1** – Evolução de dispositivos para fixação da SSB: a máscara de plástico deu lugar a um capacete de material esponjoso onde a SSB é fixada



Fonte: Fotografias realizadas e cedidas pela UCI específica onde foi realizado o estágio

**Figura 2** - Capacete metálico para fixação de SSB



Fonte: Kim e colaboradores (2015)

Efetivamente os profissionais de saúde devem adequar os recursos e criar as estruturas necessárias à promoção da qualidade e da vigilância. Na UCI em questão são desenvolvidos diversos estudos de investigação, sendo que um elemento da equipa de enfermagem está presente diariamente no serviço para se dedicar a esta área<sup>3</sup>. Há uma preocupação acrescida com as condições oferecidas à PSC e família, nomeadamente em termos de pessoal, materiais e equipamentos. A vigilância é potenciada pela garantia das adequadas dotações de enfermeiros na prestação de cuidados, com um rácio de 1 enfermeiro para 2 pessoas, sendo que alguma situação de urgência/emergência ou de transporte da PSC fica a cargo de um outro elemento na equipa de enfermagem: no turno da manhã a enfermeira que se encontra responsável pela investigação; nos turnos da tarde e noite, um elemento extra que responde a situações de urgência específicas (como a necessidade de exames endoscópicos urgentes).

No âmbito dos cuidados prestados à pessoa com doença hepática crónica, nomeadamente com hipertensão portal, observei, no serviço de hemodinâmica hepática, a colocação do *shunt* transjugular porto-sistémico intra-hepático (TIPS)<sup>4</sup> e a vigilância que é feita posteriormente, com avaliação do gradiente de pressão na veia porta. Também em situações de HDA associada à hipertensão portal, a falência das medidas hemostáticas endoscópicas indicam o uso do TIPS, da cirurgia ou da transplantação hepática (Natário et al., 2009).

---

<sup>3</sup> Um elemento da equipa de enfermagem colabora diariamente no planeamento, recolha de dados e elaboração de estudos de investigação multidisciplinares. Neste âmbito, o serviço aposta na realização de investigação, produção de conhecimento científico, promovendo a atualização e aprimoramento contínuo, bem como uma prática de enfermagem de qualidade e baseada na evidência. Para além disto, o serviço destaca-se como uma referência internacional, os profissionais encontram-se motivados e têm sempre à disposição este par, como elemento de referência, com formação e experiência na área. Para Gibbs e Lowton (2012), o enfermeiro responsável pela investigação clínica coordena a prestação de cuidados diretos à pessoa com o mundo dos protocolos da pesquisa, da governação e da gestão, tendo um papel diversificado, gratificante e desafiador. Assertividade, determinação e compromisso são características essenciais, para manter elevados padrões na investigação clínica, cuidados à pessoa e satisfação laboral.

<sup>4</sup> O TIPS é colocado por via transjugular através de métodos angiográficos, sendo um procedimento que envolve a descompressão da veia porta através da criação de um canal de baixa resistência entre as veias porta e hepática, que se mantém patente pela colocação de um *stent* metálico fenestrado (Ornelas & Guerreiro, 2006).



Já no que se refere ao cuidado à pessoa submetida a transplante hepático, considere importante acompanhar o trabalho das enfermeiras responsáveis pela consulta de pré e pós transplante. De acordo com a *EASL* (2015), comorbidades como obesidade, hipertensão, diabetes e dislipidemia devem ser avaliados e controlados tanto no período pré como pós transplante hepático, uma vez que aumentam a morbidade. Também, a aposta nos estilos de vida saudáveis, com um adequado regime nutricional, eliminação de consumos etílicos e tabágicos, bem como uma garantia de uma contínua avaliação clínica, psicológica e social são tópicos essenciais na intervenção de enfermagem interdisciplinar, no período pré e pós transplante.

Na consulta de enfermagem pré-transplante, a intervenção de enfermagem centra-se muito na educação para a saúde, com foco nos estilos de vida saudáveis e na preparação para a cirurgia e adequado regime terapêutico. No período pós-transplante, a enfermeira é a principal responsável no acompanhamento da pessoa transplantada, sendo as consultas médicas muito mais espaçadas ou requeridas pela enfermeira, quando necessário. Muitas das consultas pós-transplante são, essencialmente, por via telefónica, com a enfermeira a ser a profissional de referência para esclarecer pequenas dúvidas que surgem no dia-a-dia da pessoa submetida a transplante, transmitindo a informação a outros profissionais da equipa interdisciplinar, em reunião própria, quando a resposta não incide na sua esfera de competência. De facto, no período pré transplante a enfermeira confronta-se com a “necessidade de alterar comportamentos individuais e sensibilizar o doente para a importância da adesão terapêutica, aspetos fundamentais para o sucesso de qualquer transplante” (Melo, 2014, p.14), sendo que no regresso a casa, o processo de educação é basilar, não só no que respeita à complexidade da terapêutica, mas sobretudo nos ensinamentos personalizados que potenciam a autonomia e a qualidade de vida de cada pessoa transplantada. Efetivamente, a qualidade de vida após o transplante é um indicador de resultado que é avaliado, uma vez que a meta do transplante não é só garantir a sobrevivência da pessoa transplantada, mas sim oferecer o mesmo estado de saúde que ela

gostava de alcançar, garantindo um equilíbrio entre a eficácia funcional do enxerto e a integridade física e psicológica da pessoa (EASL, 2015).

Em síntese, assente em elevados padrões de qualidade e mantendo uma relação estreita com as instituições de educação que estão integradas na sua estrutura, este instituto reforça a importância da excelência do exercício profissional, procurando um cuidar centrado na pessoa e família, nos seus desejos e necessidades, padronizando um elevado nível de satisfação. Intervenções na área da vigilância, que contribuem para a obtenção de elevados ganhos, são conseguidas com o investimento em pessoas, recursos e materiais. Esta foi uma experiência única que repetiria se tivesse oportunidade e que, apesar de temporalmente curta, permitiu o desenvolvimento de inúmeras aptidões e competências pessoais e profissionais.

#### **2.4. Serviço de Urgência Polivalente**

O SU é a usual porta de entrada da pessoa e família no hospital, espelhando a imagem da instituição para o exterior. É, portanto, no SU que ocorre, na grande maioria das vezes, a primeira abordagem à PSC com alteração da função hepática, sendo realizada a avaliação da situação, bem como o seu controlo e estabilização inicial.

Não obstante, neste SU surgiu uma vasta diversidade de situações de cuidados, fomentando uma aprendizagem contínua e abrangente. Para além disso, trata-se de um serviço dinâmico, com diversos setores com objetivos precisos, como são o posto de triagem, a sala de reanimação, o serviço de observação, os balcões médico-cirúrgicos, tendo tido a oportunidade de estar em todos esses setores durante este percurso, apesar de mais frequentemente ter intervindo em contexto de sala de reanimação, dado ser o local privilegiado para cuidar a PSC e onde a vigilância de enfermagem se pretende intensiva.

Após admissão no SU, a responsabilidade pela avaliação inicial reside no enfermeiro que se encontra no posto de triagem, que terá que tomar decisões rápidas e importantes que ditarão o circuito da pessoa no hospital e o

tratamento subsequente, sendo capaz de estimar o estado da pessoa a partir de uma história clínica sumária, de conhecimentos de patologia e de uma elevada intuição clínica (Allmark, 2007; Bahena & Andreoni, 2013; Das & Wong, 2004; Ek & Svedlund, 2014).

Neste SU é utilizado o Sistema de Triagem de Manchester (STM), que pressupõe que o enfermeiro deverá ser capaz de aferir a gravidade da situação que leva a pessoa a recorrer à urgência hospitalar, bem como a sua alocação ao setor mais proficiente, que lhe permita receber o nível adequado de cuidados que necessita, em tempo oportuno (Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro; Santos, Freitas, Manuel, & Martins, 2013). Neste âmbito, o enfermeiro deve ter cuidado para não restringir a sua intervenção à aplicação dos algoritmos que integram o STM, mas sim utilizá-los na promoção das suas competências para que, através da vigilância, intervenha de acordo com as necessidades da pessoa e família, antecipando eventos indesejáveis, e conseguindo gerir o fluxo de pessoas no serviço.

Nos balcões médico-cirúrgicos reside o grande calcanhar de Aquiles do SU, onde está patente o fenómeno de sobrelotação, colocando uma elevada pressão sobre o sistema, com elevados riscos que condicionam a qualidade dos cuidados e o grau de satisfação das pessoas e profissionais. Com portas sempre abertas, o SU lida diariamente com a difícil tarefa de escoamento. As pessoas mantêm-se no SU, aguardando alguma resolução: alta, internamento, decisão clínica e os serviços tornam-se pequenos para o fluxo de pessoas existente. Esta dificuldade, associada àquilo a que Oliveira (2014) considera uma inadequada gestão estratégica, potencia o surgimento de notícias sobre recursos humanos e materiais insuficientes, espaços lotados, filas de espera intermináveis, profissionais frustrados e cansados pela incapacidade de completar os cuidados como desejam.

Nesta linha de pensamento, emerge a necessidade de uma reformulação organizacional, que provoque uma melhoria das relações integrativas entre o SU, a emergência médica extra-hospitalar, os cuidados de saúde primários (CSP) e os restantes serviços hospitalares; uma continuidade e melhoria de resposta a nível dos CSP; a promoção e manutenção de

sistemas de triagem e prioridades; o reforço da implementação das vias verdes (acidente vascular cerebral (AVC), coronária, sépsis e trauma); a definição de *standards* de estrutura e modelos de equipas dedicadas; a promoção de formação avançada na área da PSC para médicos e enfermeiros; a promoção de gestão e governação clínica em toda a atividade, com a escolha de um líder com qualidades administrativas, humanas e clínicas reconhecidas; e a criação de um sistema nacional de monitorização da qualidade (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto; Paiva et al., 2012). A par destas estratégias major, surge também uma reformulação intrínseca nas equipas de saúde onde, apesar das condições de trabalho adversas e do contexto socioeconómico atual, os profissionais de saúde e, em particular, os enfermeiros atendam aos valores da profissão que escolheram, fazendo a diferença na vida daqueles de quem têm o privilégio de cuidar, mostrando à sociedade, aos pares, e aos restantes profissionais, o valor da enfermagem enquanto disciplina e profissão (Boykin, Bulfin, Baldwin & Southern, 2004).

Na sala observação de curta duração (SO/OBS) permanece a PSC que requer vigilância e monitorização acrescida. Este setor apresenta rácios enfermeiro-pessoa menores e encontra-se no mesmo espaço físico que o balcão médico-cirúrgico 2 (onde se encontram as pessoas deitadas em maca), possuindo uma estrutura física num espaço aberto, com um balcão central, onde se encontram profissionais de saúde, promovendo assim uma maior vigilância da PSC e a promoção do trabalho em equipa. Esta foi uma reestruturação relativamente recente no serviço, que possibilitou o término das macas em corredor e proporcionou uma melhoria significativa nos cuidados prestados.

O SU contempla ainda outros setores dedicados à observação e tratamento da pessoa por especialidades específicas (Cirurgia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia), onde estive pontualmente aquando de situações de cuidados específicas que poderiam constituir oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento.

Como já foi referido, o setor fundamental da minha intervenção foi a sala de reanimação, onde a diversidade de situações, proporcionou um leque de

variadas oportunidades de crescimento pessoal e profissional, demonstrando-se capacidade para reagir perante situações imprevistas e complexas. A consciência da complexidade faz-nos perceber que nunca é possível conhecer efetivamente a realidade, pelo que o enfermeiro perito age de forma intuitiva, apreendendo as situações de uma perspetiva global, mas nunca excluindo uma série de possibilidades alternativas. Efetivamente, os enfermeiros mais experientes utilizam esquemas e atalhos cognitivos que simplificam a tomada de decisão em situações incertas e complexas, desenvolvendo uma profunda sensibilidade aos contextos sociais, culturais e biológicos da pessoa e uma capacidade de se adaptar rapidamente a situações imprevisíveis (Benner et al., 2011; Benner, 2001; Ferrario, 2001; Pearson, 2011).

Neste âmbito foram prestados cuidados à pessoa e família vítima de doença súbita, em situação emergente, com risco de vida, quer por significativas alterações cardiorrespiratórias ou metabólicas, trauma, entre outras situações. Foram também aprofundados conhecimentos acerca da aplicação dos circuitos e procedimentos inerentes às vias verdes (VV) coronária, sépsis e AVC<sup>5</sup>. A abordagem à PSC na sala de reanimação requer perspicácia, rapidez e capacidade para priorizar intervenções, de acordo com uma correta avaliação. A avaliação primária e secundária, através da abordagem ABCDE, possibilita o desenvolvimento de intervenções organizadas e sequenciadas, detetando as lesões/focos de instabilidade que podem colocar a vida da pessoa em perigo iminente, atuando de imediato, detetando e antecipando situações limite.

De acordo com Pedroso e Magro (2010) e Sampaio (2006), a HDA representa um dos motivos mais frequentes de admissão nos serviços de urgência hospitalares. No âmbito da PSC com alteração na função hepática, a hemorragia digestiva associada à hipertensão portal representa uma complicação onde cuidados emergentes são necessários. Apesar de não ter

---

<sup>5</sup> As VV constituem sistemas de resposta rápida, baseados em algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico. Cada VV radica num modelo colaborativo entre o SU e diferentes especialidades: Neurologia/Medicina Interna para o AVC, Cardiologia/Cateterismo cardíaco para a Coronária, Cirurgia Geral para o Trauma e Medicina Intensiva para a Sépsis (Paiva et al., 2012).

vivenciado, durante o período de estágio, nenhuma situação de necessidade emergente de atuação nesta área, foram detetadas dúvidas na equipa em relação à abordagem desta situação. Como tal, e particularizando as especificidades da pessoa com uma doença hepática, foi realizada uma formação em serviço intitulada “A PSC com hemorragia digestiva alta: intervenção de enfermagem” (apêndice VII), onde também se aproveitou para dar a conhecer à equipa do SU um pouco do trabalho realizado pela equipa do serviço de gastroenterologia, neste âmbito de cuidados. Assim, foram analisados aspetos acerca da avaliação inicial, da ressuscitação e do tratamento da PSC com HDA, ressaltando-se intervenções de enfermagem preponderantes no âmbito da vigilância, que poderão melhorar os cuidados prestados à pessoa nesta condição e reduzir a mortalidade.

Esta sessão de formação constituiu ainda um espaço de debate, com proposta de estratégias para otimizar a continuidade dos cuidados prestados, centrados na pessoa e família, com vista à obtenção de melhores resultados, melhorando, simultaneamente, a relação de trabalho entre o SU e o serviço de gastroenterologia. A perceção do trabalho realizado em cada serviço permitiu-me uma maior compreensão sobre as necessidades da equipa do SU e sensibilização dos meus colegas de trabalho para as mesmas. Possibilitou também que manifestasse à equipa do SU alguns pontos que poderiam ser alvo de melhoria. De facto, esta discussão mostrou-se bastante positiva, com transmissão aos superiores hierárquicos de cada serviço de propostas relativamente simples e com uma elevada repercussão na prestação de cuidados. Por exemplo, foi sugerido a melhoria da comunicação entre os serviços, tendo sido equacionado o acesso ao sistema ALERT® pelos enfermeiros da unidade de técnicas de gastroenterologia (UTG) para realização de registos após exames endoscópicos urgentes, facilitando assim o acesso aos mesmos pela equipa do SU. De acordo com Hesbeen (2001), “a qualidade dos serviços oferecidos à população depende em primeiro lugar, do empenhamento pessoal dos profissionais” (p.10), pelo que se recomenda, como já foi descrito anteriormente, a melhoria das relações integrativas entre o SU e os restantes serviços hospitalares como estratégia de intervenção

estrutural no SU, também potenciadora de ganhos variados (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto).

No SU, mais uma vez, pelo facto de a enfermeira orientadora ser chefe de equipa, foi possível a realização de inúmeras atividades no âmbito da gestão e melhoria contínua dos cuidados prestados. A par da gestão de pessoas, materiais e equipamentos, neste contexto particular, foi também orientado todo o fluxo de pessoas no SU onde, em relação com a equipa interdisciplinar, foram geridas as vagas existentes nos diversos departamentos que constituem o hospital, facilitando o acolhimento das pessoas nos serviços de internamento, foram identificados casos de pessoas dependentes de resolução social, bem como de pessoas que necessitam de medidas de isolamento devido a uma infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). Também o contacto com Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) foi uma constante, possibilitando a garantia dos recursos e meios adequados à receção no hospital da PSC que advém do pré hospitalar, bem como para a transferência inter-hospitalar da PSC quando são necessários meios diferenciados, como é o caso do helitransporte.

Em suma, também este estágio se revelou determinante, com a intervenção nas diversas valências do SU para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar a PSC, bem como para a apropriação e articulação de conhecimentos resultantes da formação, teoria e experiência nos contextos de prática de cuidados.

## 2.5. Participação em Eventos Científicos

A par do estágio em contextos de prática de cuidados, foi também priorizada neste percurso de aquisição de competências a participação ativa em eventos de carácter científico (anexo I), dos quais se destacam:

- ✓ Curso Anual de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros, com apresentação do poster **“A vigilância da pessoa em situação crítica por alterações na função hepática”** (apêndice VIII);
- ✓ 3º EEE Encontro de Enfermagem de Emergência e 1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica;
- ✓ III Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto;
- ✓ 1º Congresso do Departamento de Urgência, Emergência e Medicina Intensiva (DUEMI) do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, com apresentação do poster **“Abordagem à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta”** (apêndice IX), premiado com o 2º lugar na categoria de melhor poster.

Efetivamente, com o intuito de promover a excelência do exercício profissional, o enfermeiro deve manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, não descurando a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro). A qualidade exige reflexão sobre a prática, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir sobre os cuidados prestados (OE, 2012). Assim, a participação em eventos de carácter científico assume-se como um espaço privilegiado para a partilha de experiências, confronto entre a teoria e a prática e atualização de conhecimentos com base em evidência científica, promovendo o desenvolvimento de competências diversas.

Os eventos e formações representam oportunidades de mostrarmos o nosso trabalho a outros, de melhorar a compreensão sobre os temas apresentados, mas também de promover um espaço de reflexão, potenciando discussão e evolução do conhecimento. Efetivamente, a par da divulgação do



conhecimento produzido, a apresentação de trabalhos nestes eventos científicos permitiu a sensibilização de mais profissionais para as áreas temáticas abordadas, o que teve especial interesse na apresentação do poster sobre a abordagem à PSC com HDA no auditório do 1º Congresso DUEMI, onde estavam presentes profissionais de serviços de urgência de todo o país, que viram debatido um tema menos frequente neste tipo de eventos, mas que manifestaram ter tido interesse para a sua prática.

Efetivamente, o percurso neste âmbito específico culminou numa mudança pessoal e profissional, motivando-me para a realização deste tipo de trabalhos, realçando a intervenção de enfermagem, a reflexão sobre prática diária e a busca pelo aprofundamento e atualização de conhecimentos.

Do exposto se depreende que o percurso de aquisição de competências resultou no aprofundamento de conhecimentos na área de cuidados à PSC e, em particular, à PSC por alteração da função hepática quer em contexto de cuidados intensivos, quer em contexto de urgência. Também foram alcançados o desenvolvimento de uma prática profissional ética e deontológica e promoção do aprimoramento contínuo e melhoria dos cuidados pela realização de inúmeras atividades no âmbito da governação clínica, qualidade dos cuidados e manutenção de um ambiente seguro para a PSC e família, bem como pela participação em espaços de formação, reflexão e de partilha de conhecimentos. No capítulo seguinte serão sintetizados os resultados deste percurso, as suas implicações práticas e as principais limitações inerentes.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais alterações na função hepática que condicionam a necessidade de cuidados críticos são: o transplante hepático, complicações ou agudização de uma doença hepática crônica e a insuficiência hepática aguda. Nestas categorias, a vigilância em enfermagem evidencia ações de monitorização, reconhecimento precoce e gestão de complicações, salientando-se a educação e suporte da pessoa e família, principalmente naquilo que deve ser um adequado regime terapêutico.

Assim, a PSC com alterações na função hepática, predisposta a complicações que colocam em risco a sua vida, beneficiará com intervenções no âmbito da vigilância. Também enquanto ciência e profissão, a enfermagem necessita de revelar a sua real força no sistema de saúde, dando provas como a sua intervenção é fundamental na melhoria da qualidade de vida e de saúde das populações. Neste prisma, a vigilância em enfermagem representa uma oportunidade para que os enfermeiros especialistas demonstrem e valorizarem os cuidados que prestam, espelhando os processos de pensamento inerentes à tomada de decisão, que faz com que o enfermeiro atue de determinada forma, produzindo resultados positivos para a pessoa e família.

O percurso nos contextos de prática de cuidados permitiu-me conhecer novas realidades, refletir sobre elas, iniciar novas aprendizagens, desenvolver competências e acreditar que os cuidados à PSC com alteração na função hepática são passíveis de ser melhorados, através do enaltecimento da intervenção de enfermagem especializada. De forma geral, as expectativas foram superadas com o alcance dos objetivos previamente definidos e com o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à PSC e respetiva família, em contexto de UCI polivalente, UCI específica e SU polivalente.

Destaco como pontos fortes a oportunidade de confrontar práticas e modelos organizacionais diferentes, bem como a disponibilidade e afabilidade demonstrada pelos profissionais com quem me cruzei neste caminho, que me motivaram no desenvolvimento de dinâmicas nos serviços, com destaque para

a realização de atividades empreendedoras e inovadoras, no âmbito da governação clínica, gestão e melhoria contínua dos cuidados.

Em retrospectiva, não tive oportunidade, nos contextos vivenciados de cuidar a PSC com insuficiência hepática aguda, uma vez que esta é uma situação menos frequente. Todavia, as atividades desenvolvidas compaginaram com a construção de competências específicas nesta área de cuidados.

Também, não me foi possível assistir a um transplante hepático, como tinha inicialmente previsto. A incerteza quanto a este tipo de intervenções, a par das limitações decorrentes de trabalhar e residir no Algarve, não permitiu que estivesse presente aquando destas oportunidades de aprendizagem.

Saliento ainda, que o período de execução de cada estágio se revelou curto, contudo este ponto fraco revelou-se uma oportunidade de conhecer mais contextos de cuidados com as vantagens que daí advém. Para além disso, o facto de saber, *a priori* desta limitação temporal, obrigou à agilização das atividades previstas, com resultados bastante positivos.

Assim sendo, os projetos iniciados neste percurso não se pretendem encerrados com o culminar deste Mestrado, pois esta etapa apenas é o iniciar de uma nova vida pessoal e profissional, enriquecida com um conhecimento mais profundo, competências alargadas e uma visão diferente sobre a prestação dos cuidados de enfermagem.

Em jeito de conclusão, a elaboração do presente trabalho revelou-se determinante, fotografando fases daquilo que foi o meu percurso de aprendizagem, por forma a alcançar o desenvolvimento das competências instrumentais, interpessoais e sistémicas preconizadas. A busca pela evidência científica, a par da reflexão teórico-prática inerente, tornaram-se também alicerces fundamentais para aquilo que foi o meu desenvolvimento, enquanto pessoa e profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência*, (6), 53–59.
- Allmark, E. (2007). Hepatic adenoma: an unusual cause of abdominal pain. *Emergency Nurse*, 15(3), 18–23.
- Almeida, A., & Conceição, P. (2010). Cuidados de enfermagem a doentes com sonda de Sengstaken Blakemore. *Boletim Hospital Pulido Valente*, (1), 71–74.
- Aviso n.º 1070/2014 de 24 de Janeiro. (2014). Aviso n.º 1070/2014. *Diário Da República 2.ª Série, N.º 17 (24/01/2014)*, 2548–2549.
- Bahena, D., & Andreoni, C. (2013). Provider in Triage: Is This a Place for Nurse Practitioners? *Advanced Emergency Nursing Journal*, 35(4), 332–343.
- Bellido, E. P. G. (2012). Intervenciones enfermeras durante los primeros días en el trasplante hepático. *Evidentia*, 37(9), 1.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A thinking-in-action approach* (2ª ed.). New York: Springer Publishing Ciompany, LLC.
- Boll, J. (2014). Development of a Measure of Nurse Vigilance from the Patient's Perspective: A Content Validity Study. Disponível em [http://digitalcommons.iwu.edu/nursing\\_honproj/45](http://digitalcommons.iwu.edu/nursing_honproj/45) (Acedido em 21 de julho de 2015).
- Borges, M. C. L. A., Silva, L. M. S. da, Guedes, M. V. C., & Caetano, J. Á. (2012). Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, 16(4), 754–760.
- Boykin, A., Bulfin, S., Baldwin, J., & Southern, R. (2004). Transforming care in the emergency department. *Advanced Emergency*, 26, 331–336.
- Brooks, N., Moriarty, A., & Welyczko, N. (2010). Implementing simulated practice learning for nursing students. *Nursing Standard*, 24(20), 41–45.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Lisboa: Lusociência.
- Cheng, T., Hongying, P., & Yanlan, M. (2009). Blood gas analysis of patients before

- and after liver transplantation and nursing strategies for them. *Chinese Nursing Research*, 23(10b), 2645–2647.
- Das, A., & Wong, R. C. K. (2004). Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. *Gastrointestinal Endoscopy*, 60(1), 85–93.
- Decreto-Lei n.º74/2006 de 24 de Março. (2006). Decreto-Lei n.º74/2006. *Diário Da República*, 1.<sup>a</sup> Série - A, N.º 60 (24/03/2006), 2242–2257.
- Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário Da República*, 1.<sup>a</sup> Série, N.º205 (04/09/1996), 2959–2962.
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. (2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário Da República* 2.<sup>a</sup> Série, N.º 153 (11-08-2014), 20673–20678.
- Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro. (2015). Despacho n.º 1057/2015. *Diário Da República*, 2.<sup>a</sup> Série, N.º 22 (02/02/2015), 3039.
- Doran, D. M., & Dorothy, P. (2011). Patient Outcomes as an Accountability. In *Nursing Outcomes: The State of the Science* (2<sup>a</sup> ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Ebright, P. R. (2010). The complex work of RNs: implications for healthy work environments. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1), 11.
- Ek, B., & Svedlund, M. (2014). Registered nurses' experiences of their decision-making at an Emergency Medical Dispatch Centre. *Journal of Clinical Nursing*, (24), 1122–1131.
- Emerson, P., McPeake, J., O'Neill, A., Gilmour, H., Forrest, E., Puxty, A., ... Shaw, M. (2014). The utility of scoring systems in critically ill cirrhotic patients admitted to a general intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 29(6), 1131.e1–6.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC: Extrato do processo apresentado e aprovado (21/06/2010) pela Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior (A3Es) com o n.º NCE/09/01932. Disponível em <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf> (Acedido em 22 de abril de 2016).
- European Association for the Study of the Liver. (2014). *HEPAMAP: a roadmap for*

- hepatology research in europe: an overview for policy makers*. EASL office. Disponível em [http://www.easl.eu/medias/EASLimg/News/3f9dd90221ef292\\_file.pdf](http://www.easl.eu/medias/EASLimg/News/3f9dd90221ef292_file.pdf) (Acedido em 30 de abril de 2016).
- European Association for the Study of the Liver. (2015). EASL Clinical Practice Guidelines: Liver transplantation. *Journal of Hepatology*, 1–53.
- Ferrario, C. G. (2001). *The association of clinical experience and emergency nurses' diagnostic reasoning*. (Tese de Doutoramento). Rush University, College of Nursing.
- Figueiredo, A., Romero-Bermejo, F., Perdigoto, R., & Marcelino, P. (2012). The end-organ impairment in liver cirrhosis: Appointments for critical care. *Critical Care Research and Practice*, 2012(539412), 1–13.
- Fowler, C. (2013). Management of patients with complications of cirrhosis. *The Nurse Practitioner*, 38(4), 14–22.
- Fullwood, D., Jones, F., & Lau-Walker, M. (2011). Care of patients following liver transplantation. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 25(49), 50–6; quiz 58, 60.
- Gibbs, C. L., & Lowton, K. (2012). The role of the clinical research nurse. *Nursing Standard*, 26(27), 37–41.
- Ginès, P., Fernández, J., Durand, F., & Saliba, F. (2012). Management of critically-ill cirrhotic patients. *Journal of Hepatology*, 56, S13–S24.
- Godinho, N. (2014). *Guia de normas para a apresentação de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações - Norma APA e ISO 690 (NP 405)*. Lisboa: ESEL.
- Grogan, T. A. (2011). Liver Transplantation: Issues and Nursing Care Requirements. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 23(3), 443–456.
- Grupo da Formação da UUM/UCIP7. (2014). *Fármacos e Fórmulas em Cuidados Intensivos*. Lisboa: CHLC.
- Han, M. K., & Hyzy, R. (2006). Advances in critical care management of hepatic failure and insufficiency. *Critical Care Medicine*, 34(9 Suppl), S225–S231.
- Hansen, L. (2014). Liver Transplantation in Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(9), 8–13.

- Hansen, L., & Rosenkranz, S. J. (2014). The power of the liver transplant waiting list: a case presentation. *American Journal of Critical Care*, 23(6), 510–516.
- Heidelbaugh, J. J., & Sherbondy, M. (2006). Cirrhosis and chronic liver failure: Part II. Complications and treatment. *American Family Physician*, 74(5), 767–776.
- Herrera, M. F. J., & Mora, E. V. (2011). El traslado interhospitalario de un paciente con hemorragia digestiva por varices esofágicas. *Enfermería Clínica*, 21(5), 284–287.
- Hesbeen, W. (20001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hoffman, F. M., Nelson, B. J., Drangstveit, M. B., Flynn, B. M., Watercott, E. a., & Zirbes, J. M. (2006). Caring for transplant recipients in a nontransplant setting. *Critical Care Nurse*, 26(2), 53–73.
- Huguet, M. M., & Pagán, J. C. G. (2010). *Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología*. (Asociacion Española de Gastroenterologia, Ed.). Madrid: Jarpyo Editores, S.A.
- Hurley, A. C., Rothschild, J. M., Moore, M. Lou, Snyderman, C., Dykes, P. C., Fotakis, S., & Roth-, T. (2008). A model of recovering medical errors in the coronary care unit. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 37(3), 219–226.
- Inui, S., Harada, T., Nakajima, T., & Itami, S. (2007). Two cases of pressure ulcer healing after liver transplantation in cirrhosis patients. *Journal of Dermatology*, (34), 400–402.
- Kashani, A., Landaverde, C., Medici, V., & Rossaro, L. (2008). Fluid retention in cirrhosis: pathophysiology and management. *QJM: An International Journal of Medicine*, 101(2), 71.
- Kear, T., & Ulrich, B. (2015). Patient Safety and Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Issues, Solutions, and Best Practices. *Nephrology Nursing Journal*, 42(2), 113–123.
- Kelly, L. A. (2009). *Nursing surveillance in the acute care setting: latent variable development and analysis*. (Tese de Doutoramento). University of Arizona.
- Kelly, L. a., & Vincent, D. (2011). The dimensions of nursing surveillance: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 652–661.
- Kendall-gallagher, D., & Blegen, M. A. (2009). Competence and certification of



- registered nurses and safety of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 18(2), 106–116.
- Kim, S. M., Surgery, R., Ju, R. K., Lee, J. H., Jun, Y. J., Kim, Y. J., & Surgery, R. (2015). Unusual cause of a facial pressure ulcer: the helmet securing the Sengstaken-Blakemore tube. *Journal of Wound Care*, 24(6), 14–17.
- Kooken, W. C. (2008). *Vigilance experiences: cancer patients, families, and nurses*. (Tese de Doutorado). Indiana University.
- Lei n.º111/2009 de 16 de setembro. (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *Diário Da República*, 1.ª Série, N.º180 (16/09/2009), 6528–6550.
- Lescot, T., Karvellas, C., Beaussier, M., & Magder, S. (2012). Acquired Liver Injury in the Intensive Care Unit. *Anesthesiology*, 117(4), 898–904.
- Lin, S., & Smith, B. S. (2010). Drug Dosing Considerations for the Critically Ill Patient with Liver Disease. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22(3), 335–340.
- Lott, J. P., Iwashyna, T. J., Christie, J. D., Asch, D. A., Kramer, A. A., & Kahn, J. M. (2005). Critical Illness Outcomes in Specialty versus General Intensive Care Units. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 179, 676–683.
- Mahajan, A., & Lat, I. (2010). Correction of Coagulopathy in the Setting of Acute Liver Failure. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22(3), 315–321.
- Melo, I. (2014). IN Vivo: Multidisciplinaridade ao serviço da excelência. *TransMissão: Revista Oficial Da Sociedade Portuguesa de Transplantação*, 2(2), 12–14. Disponível em [http://www.spt.pt/download/Transmissao\\_2\\_SPUB-20140514-201947.pdf](http://www.spt.pt/download/Transmissao_2_SPUB-20140514-201947.pdf) (Acedido em 20 de abril de 2016).
- Mendes, M., Ferreira, A. C., Ferreira, A., Remédio, F., Aires, I., Cordeiro, A., ... Nolasco, F. (2013). ABO-Incompatible Liver Transplantation in Acute Liver Failure: A Single Portuguese Center Study. *Transplantation Proceedings*, 45(3), 1110–1115.
- Meyer, G. A., Lavin, M. A., & Perry, A. G. (2007). Is it Time for a New Category of Nursing Diagnosis? *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18(2), 45–50.

- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 1–8.
- Ministério Da Saúde. Direcção De Serviços De Planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Mitchell, P. H. (2008). Patient Safety and Quality Care. In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 1–5). Washington: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Natário, A., Curado, A., Ribeiro, A., Velosa, J., Cremers, I., Matos, L., & Andrade, M. M. (2009). *Rede de Referenciação Hospitalar de Gastrenterologia. ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.* Lisboa: ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. (E. Haesler, Ed.). Osborne Park, Australia: Cambridge Media.
- O'Neal, H., Olds, J., & Webster, N. (2006). Managing patients with acute liver failure: developing a tool for practitioners. *Nursing in Critical Care*, 11(2), 63–68.
- Oliveira, M. S. (2014). Proposta de reorganização da abordagem ao utente do serviço de urgência com baixa prioridade de atendimento: Criação do Centro de Atendimento de Doentes Ambulatoriais da Urgência (CADAU). (Documento não publicado. Cedido pelo autor.).
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orientação da Direcção-Geral da Saúde nº017/2011 de 19/05/2011. (2011). Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj58ceCparMAhWLGB4KHdyXDBEQFggbMAA&url=https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172011-de-19052011.aspx&usg=AFQjCNGn6sPAVazh43WXQurJlpYKGjiM8w&sig2=WxUa>

- boWucj5xul\_cTi73GA&bvm=bv.120551593,bs.2,d.d2s (Acedido em 30 de abril de 2016).
- Ornelas, R., & Guerreiro, H. (2006). Hemorragia digestiva associada à hipertensão portal. In *Situações Urgentes Em Gastreenterologia*. Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais.
- Paiva, J. A. O. D. C., Silva, A. M. Da, Almeida, A. L., Seco, C. M. D. S., Gomes, C. M. P. R., Ribeiro, E. D. P. R. G., ... Silva, R. P. F. Da. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, 117. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>. (Acedido em 20 de abril de 2016).
- Pearson, A. (2011). Nursing science and practical wisdom: The pillars of nursing knowledge. *International Journal of Nursing Practice*, (17), 443.
- Pedroso, I., & Magro, F. (2010). Urgência Regional de Gastreenterologia (URGE): gestão clínica da hemorragia digestiva alta. Porto: ARS-Norte.
- Regulamento N.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República* 2.<sup>a</sup> Série, N.º 35 (18-02-2011), 8648–8653.
- Regulamento N.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República*, 2.<sup>a</sup> Série, N.º 35 (18/02/2011), 8656–8657.
- Renpenning, K. M., SozWiss, G. B., Denyes, M. J., Orem, D. E., & Taylor, S. G. (2011). Explication of the nature and meaning of nursing diagnosis. *Nursing Science Quarterly*, 24(2), 130–136.
- Ribeiro, P. (2013). Formação Contínua em Enfermagem – Quais as motivações? *Revista Nursing*, (288), 35–37.
- Rinella, M. E., & Sanyal, A. (2006). Intensive Management of Hepatic Failure. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 27(3), 241–261.
- Romãozinho, J. M., Ferreira, M., Amaro, P., & Leitão, M. C. (2007). The Gastroenterology Intensive Care Unit (UCIGE) of the Gastroenterology Department of Coimbra University Hospitals. In *Intensive Care in*

- Gastroenterology*. Coimbra: José Manuel Romãozinho.
- Rose, L. (2007). Recombinant factor VIIa: review of current “off license” indications and implications for practice. *AACN Advanced Critical Care*, 18(2), 141–148.
- Rudow, D. L., & Goldstein, M. J. (2008). Critical care management of the liver transplant recipient. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(3), 232–243.
- Ruivo, M. a, Nunes, L., Ferrito, C., & Cle, E. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38.
- Sampaio, M. (2006). Hemorragia Digestiva Alta no Serviço de Urgência. In *Situações Urgentes em Gastreterologia*. Núcleo de Gastreterologia dos Hospitais Distritais.
- Santos, A. P., Freitas, P., Manuel, H., & Martins, G. (2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emergency medicine journal : EMJ* (em linha) doi:10.1136/emmermed-2012-201782 (Acedido em 23 de janeiro de 2016).
- Schoneman, D. (2002). The intervention of surveillance across classification systems. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of NANDA International*, 13(4), 137–147.
- Shea, S. S., & Hoyt, K. S. (2015). Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 37(1), 30–33.
- Sheng, T., Jinxia, M., & Bing, L. (2009). Analysis of blood glucose change tendency of patients after undergoing liver transplantation and nursing interventions for them. *Chinese Nursing Research*, 23(9C), 2452–2454.
- Siao, S., Tsai, L., & Liao, E. (2009). Experience of a patient with fulminant hepatic failure [Chinese]. *Tzu Chi Nursing Journal*, 8(3), 100–109.
- Smith, M. M. (2010). Emergency: Variceal hemorrhage from esophageal varices associated with alcoholic liver disease. *The American Journal of Nursing*, 110(2), 32–39.
- Sousa, M. (2003). A formação contínua em enfermagem: Estudo baseado nas perspetivas de enfermeiros. *Revista Nursing*, (175), 28–33.
- Still, M. D. (2014). MARS®: The new frontier in treating acute liver failure. *American Nurse Today*, 9(3), 12–15.
- Swafford, B. K., Culpepper, R., & Dunn, C. (2016). Use a comprehensive program to

- reduce the incidence of hospital-acquired pressure ulcers in an intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 25(2), 152–155.
- Tojal, A. M. A. F. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Valler-Jones, T., Meechan, R., & Jones, H. (2011). Simulated practice — a panacea for health education? *British Journal of Nursing*, 20(10), 628–31.
- Volk, M. L., & Marrero, J. a. (2006). Advances in critical care hepatology. *Minerva Anestesiologica*, 72(5), 269–281.
- Werner, K. T., & Perez, S. T. (2012). Role of Nurse Practitioners in the Management of Cirrhotic Patients. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8(10), 816–821.
- Williams, D. T., & Harding, K. (2003). Healing responses of skin and muscle in critical illness. *Critical Care Medicine*, 31(8), S547–S557.
- Yogarathnam, D., Miller, M. A., & Smith, B. S. (2005). The effects of liver and renal dysfunction on the pharmacokinetics of sedatives and analgesics in the critically ill patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17(3), 245–250.



**ANEXOS**





Anexo I – Certificados de participação e apresentação de trabalhos em eventos  
científicos



**CURSO ANUAL  
DE GASTROENTEROLOGIA  
E ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
PARA ENFERMEIROS**

**19 NOVEMBRO DE 2015**  
ÉVORA HOTEL EM ÉvORA



HEPATOLOGIA

ENDOSCOPIA

GASTROENTEROLOGIA

QUALIDADE

**NGHD**  
Núcleo de Gastroenterologia  
dos Hospitais do Distrito

Certifica-se que

Sónia Isabel Ramos Fontinha

esteve presente no **Curso Anual de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros**, que se realizou no Évora Hotel, em Évora, no dia 19 de Novembro de 2015.

Suzi Coelho

Enf.<sup>a</sup> Suzi Coelho  
Presidente Comissão Organizadora

Dr. José Esteves

Dr. José Esteves  
Presidente NGHD

**NGHD**



Certifica-se que o trabalho

**A vigilância da pessoa em situação crítica por alterações da função hepática**

foi apresentado por

**Sónia Fontinha**

Veiga, J.

sob a forma de Poster no âmbito do **Curso Anual de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros**, que se realizou no Évora Hotel, em Évora, no dia 19 de Novembro de 2015.

Suzi Coelho

Enf.<sup>a</sup> Suzi Coelho  
Presidente Comissão Organizadora

Dr. José Esteves  
Presidente NGHD

# 3ºeee encontro de enfermagem de emergência



1º encontro  
de  
enfermeiros  
especialistas  
em  
Pessoa em  
situação  
crítica



## Certificado Participação

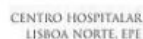
A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica a sua participação no  
**3º Encontro de Enfermagem de Emergência |**  
**1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica,**  
promovida nos dias 20 e 21 de Novembro de 2015, na  
**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Parque das Nações**



**Sónia Isabel Ramos Fontinha**

O Presidente da  
Associação Portuguesa de Enfermeiros:

### Patrocínios:





CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E  
UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO



CONGRESSO DO  
ARCO IBEROATLÂNTICO

1 e 2 - FEVEREIRO - 2016  
MATOSINHOS

## Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a):

**Sonia Fontinha**

Esteve presente no **III Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto / XIII Congresso do Arco Iberoatlântico**, realizado nos Cinemas NOS NorteShopping, nos dias 1 e 2 de fevereiro de 2016.

ASCI928\_2604201672851.1

Aníbal Marinho

Fernando Rua

Chaves Caminha

Arlindo Guimarães

Joana Ramalho

José António Pinho

ORGANIZAÇÃO



SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS



Associação de Apoio ao  
Serviço de Cuidados Intensivos do  
Centro Hospitalar do Porto



# CERTIFICADO

Certifica-se que *Sónia Isabel Ramos Fontinha*, participou como formando (a) no **1º Congresso do Departamento de Urgência, Emergência e Medicina Intensiva - Reflexões, Partilhas e Práticas** – do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, nos dias 8 e 9 de março de 2016, com a duração de **16** horas, que decorreu no Centro Cultural e de Congressos de Aveiro.

*Aveiro, 9 de março de 2016*

Presidente do Conselho de Administração CHBV

**DUEMI**  
Comissão Organizadora  
Associação Cultural e Recreativa DUEMI - CHBV




# CERTIFICADO

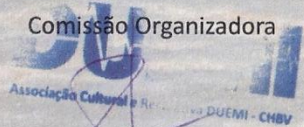
Certifica-se que **Sónia Isabel Ramos Fontinha**, foi autora do **Póster** “Abordagem à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta” no **1º Congresso do Departamento de Urgência, Emergência e Medicina Intensiva - Reflexões, Partilhas e Práticas** – do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, que decorreu no Centro Cultural e de Congressos de Aveiro, nos dias 8 e 9 de março de 2016.

*Aveiro, 9 de março de 2016*

Presidente do Conselho de Administração CHBV



Comissão Organizadora

  
Associação Cultural e Recreativa DUEMI - CHBV



# APÊNDICES

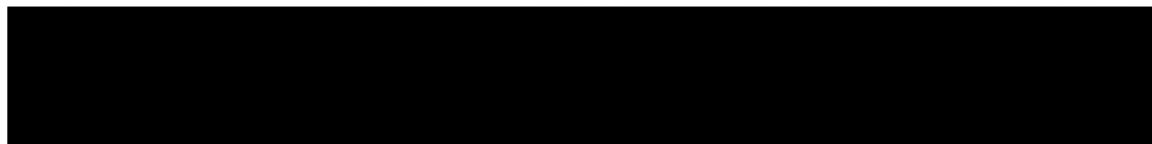


Apêndice I – Trabalho Escrito “Instrumento para avaliação da compatibilidade de administração de fármacos por via endovenosa em sistema de bifurcação (Y)”



Curso de Mestrado em Enfermagem *na*  
*Área de Especialização em Enfermagem à*  
*Pessoa em Situação Crítica*

*Estágio*



**INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA  
COMPATIBILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO DE  
FÁRMACOS POR VIA ENDOVENOSA EM SISTEMA DE  
BIFURCAÇÃO (Y)**

**Sónia Isabel Ramos Fontinha**

Com Orientação de:



**Docente João Veiga**

**Lisboa**

**2015**





# ÍNDICE

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| INTRODUÇÃO .....                | 2 |
| 1. OBJETIVO.....                | 4 |
| 2. MÉTODO.....                  | 4 |
| 3. RESULTADOS.....              | 4 |
| CONCLUSÃO.....                  | 7 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 8 |





# INTRODUÇÃO

A manipulação e administração segura dos medicamentos, a par da formação e sensibilização dos profissionais, maximizam um ambiente de cuidados seguros e uma prática de enfermagem com qualidade (Ballangrud, Hall-Lord, Persenius & Hedelin, 2014; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007). Efetivamente, a segurança tem vindo a ser discutida como uma prioridade nos cuidados de saúde, sendo fundamental cultivar este conceito no seio da equipa interdisciplinar, a fim de promover a excelência dos cuidados prestados (Kear & Ulrich, 2015).

As incompatibilidades medicamentosas definem-se como as reações existentes entre dois ou mais medicamentos, antes que estes atinjam a circulação sanguínea, quando estes são misturados na mesma seringa, prolongamento ou frasco. As reações físicas são comumente visíveis, manifestando precipitação, mudança de cor ou produção de gás. Já a deteção de reações químicas é difícil, requerendo estudos que avaliem a perda significativa de componentes. As incompatibilidades podem resultar na redução da efetividade terapêutica e segurança, inativação dos fármacos, formação de um novo composto ativo inócuo ou tóxico, podendo acarretar graves complicações para a pessoa doente (Santos, Hegele, Hoffmann, Chiarani, & Hennigen, 2013).

Neste sentido, o presente trabalho visa potenciar uma prática de enfermagem baseada na evidência, que ostente a segurança da pessoa como um elevado padrão de qualidade e foi realizado durante o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do [REDACTED]

[REDACTED] no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Pretende-se, portanto, desenvolver e disponibilizar um instrumento, que possa ser utilizado pelos enfermeiros do serviço, para uma consulta rápida das incompatibilidades de administração em sistema de bifurcação dos fármacos mais comumente utilizados na UCI, integrando informação obtida numa base e dados na área de farmacologia, atualizada no presente ano,

substituindo ferramentas já existentes no serviço, que contemplavam informação contraditória e desatualizada.

Desta forma, pretende-se construir um instrumento que responda às especificidades do serviço e que privilegie a utilidade prática e a resposta às necessidades diárias da equipa de enfermagem. Assim, potencia-se a vigilância profissional de enfermagem que engloba, entre outras dimensões, o cálculo do risco inerente a situações da prática de enfermagem, bem como a atuação, baseada no conhecimento, por forma a minimizar riscos e ameaças, reais ou potenciais, protegendo a pessoa e família (Meyer & Lavin, 2005). Para além disso, reflete-se acerca da maximização da intervenção do enfermeiro: na otimização do trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados; na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos; e na promoção de uma resposta rápida e segura, imperativa em contexto de cuidados críticos (Regulamento N.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011; Regulamento N.º 124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

## 1. OBJETIVO

Desenvolver e disponibilizar um instrumento, que possa ser utilizado pela equipa de enfermagem, para uma consulta rápida das incompatibilidades de administração em Y dos fármacos mais comumente utilizados na UCI.

## 2. MÉTODO

Levantamento, junto da enfermeira chefe, da equipa de enfermagem e de documentação específica (Procedimento Sectorial: Concentrações Padrão de Fármacos em Perfusão Contínua) dos fármacos mais utilizados na UCI e análise da compatibilidade/incompatibilidade da administração em Y dos mesmos, utilizando a base de dados *Trissel's™ 2 Clinical Pharmaceuticals Database (Parenteral Compatibility)*, *Micromedex Solutions®*, da *Truven Health Analytics Inc.* Construção de uma tabela resumindo a informação obtida. Esta tabela foi analisada e sujeita a alterações pelos elementos da equipa de enfermagem, que elegeram medicação que deveria ser removida ou que estaria em falta, para que o instrumento fosse acessível e respondesse às suas necessidades reais aquando da prática de cuidados.

## 3. RESULTADOS





Inicialmente foram analisados 78 fármacos, tendo a tabela final, após discussão com a equipa de enfermagem, cingindo-se ao cruzamento de 66 fármacos.

Nesta tabela, foram identificadas 187 incompatibilidades quando administração concomitante em sistema Y, com destaque para os fármacos diazepam, amiodarona, cetorolac, aminofilina, cefepime, cefotaxima, cefuroxime e haloperidol que apresentam um maior número de incompatibilidades ( $\geq 8$ ).

Também 167 cruzamentos foram identificados como tendo uma compatibilidade variável, de acordo com diversos factores tais como: a concentração dos fármacos administrados, a solução de diluição, o tempo de perfusão, a temperatura ou a exposição à luz. Recomenda-se evitar a administração em bifurcação de fármacos de compatibilidade variável, mas caso seja realmente necessário, importa esclarecer as condições de compatibilidade asseguradas pela evidência científica, consultando e envolvendo, por exemplo, os serviços farmacêuticos.

O instrumento final, que se apresenta em seguida, foi construído com base na legenda abaixo, tendo sido afixado na sala de trabalho da equipa de enfermagem.

**Legenda:**

|   |                          |
|---|--------------------------|
|    | Compatível               |
|   | Incompatível             |
|  | Compatibilidade Variável |
|  | Não estudado             |







## CONCLUSÃO

O presente estudo pretende auxiliar os enfermeiros na tomada de decisão rápida necessária em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica. Assim, recomenda-se o envolvimento das equipas na construção de instrumentos e ferramentas próprias que respondam e facilitem o seu trabalho diário, ostentando, simultaneamente, uma prática refletida e baseada no conhecimento.

O enfermeiro é o responsável pela administração segura dos medicamentos, pelo que devera utilizar todos os recursos ao seu alcance para garantir a excelência da sua intervenção nesta área de cuidados. Ao enfermeiro especialista cabe mais que isso, garantir e influenciar positivamente os pares para a administração correta e segura dos medicamentos, fomentando a melhoria contínua dos cuidados prestados e auxiliando um exercício profissional refletido e atual.

Note-se que este é um instrumento dinâmico, passível de ser actualizado ou modificado, podendo ser alvo de melhoria, por exemplo, com o estudo das condições para administração segura dos fármacos de compatibilidade variável mais comumente utilizados no serviço. Na construção de ferramentas no âmbito da farmacologia, poderá ser uma mais-valia o envolvimento dos serviços farmacêuticos, quer na sua construção, quer na disponibilização de informação variável e actualizada acerca dos fármacos disponíveis na instituição.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballangrud, R., Hall-Lord, M. L., Persenius, M., & Hedelin, B. (2014). Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(4), 179–187.
- Baumann, A. (2007). *Conselho Internacional De Enfermeiros Ambientes Favoráveis À Prática*. (Conselho Internacional de Enfermeiros, Ed.). Genebra.
- Kear, T., & Ulrich, B. (2015). Patient Safety and Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Issues, Solutions, and Best Practices. *Nephrology Nursing Journal*, 42(2), 113–123. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012993203&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 1–8.
- Regulamento N.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República* 2.ª Série, N.º 35 (18-02-2011), 8648–8653.
- Regulamento N.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República*, 2.ª Série, N.º 35 (18/02/2011), 8656–8657.
- Santos, M. T. dos, Hegele, V., Hoffmann, T. D., Chiarani, F., & Hennigen, F. W. (2013). Instrumento para avaliação da compatibilidade em Y na administração intravenosa de medicamentos em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar E Serviços de Saúde*, 4(3), 34–37.



Apêndice II – Tabela para avaliação da compatibilidade de administração de fármacos  
por via endovenosa em sistema de bifurcação (Y)



**INSTRUMENTO PARA  
AVALIAÇÃO DA  
COMPATIBILIDADE DE  
ADMINISTRAÇÃO DE  
FÁRMACOS POR VIA  
ENDOVENOSA EM SISTEMA  
DE BIFURCAÇÃO (Y)**

**LEGENDA:**

|  |                          |
|--|--------------------------|
|  | Compatível               |
|  | Incompatível             |
|  | Compatibilidade Variável |
|  | Não estudado             |

**Fonte:**

Base de Dados:

Trissel's™ 2 Clinical Pharmaceutics  
Database (Parenteral Compatibility),  
Micromedex Solutions®, da Truven  
Health Analytics Inc.  
Novembro de 2015.

Realizado por:

Sónia Fontinha

Estudante do Mestrado em Enfermagem a Pessoa em  
Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Com Orientação de:

Mestre João Veiga

Docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Apêndice III – Folha de Registo Diário de Enfermagem da UCI específica





Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Dia de Internamento: \_\_\_\_\_

|    | Sinais Vitais |    |    |    |              |        |          |           |        |      | Medicação   |      | Volume Administrados |        |        |       | Volumes Excretados |              |                         |                             |        |  |  | Observações |       |       |      |
|----|---------------|----|----|----|--------------|--------|----------|-----------|--------|------|-------------|------|----------------------|--------|--------|-------|--------------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|--------|--|--|-------------|-------|-------|------|
|    | Temp.         | FC | TA | Fr | Dor (Escala) | SAT O2 | Glicemia | PVC / PIA | Outros | Oral | Parentérica | Oral | Parentérica          | Sangue | Outros | Urina | Fezes              | DG / Vômitos | Hematemeseses / Melenas | Paracentese / Toracocentese | Outros |  |  |             |       |       |      |
| 8  |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 9  |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 10 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 11 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 12 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 13 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 14 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
|    |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      | Total:      |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  | Adm:        | Elim: | B.H:  |      |
| 15 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 16 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 17 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 18 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 19 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 20 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 21 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 22 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
|    |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      | Total:      |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             | Adm:  | Elim: | B.H: |
| 23 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 24 |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 1  |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 2  |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 3  |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 4  |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 5  |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 6  |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
| 7  |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      |             |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             |       |       |      |
|    |               |    |    |    |              |        |          |           |        |      | Total:      |      |                      |        |        |       |                    |              |                         |                             |        |  |  |             | Adm:  | Elim: | B.H: |

Turno 8h - 15h

Enfermeiro:

Turno 15h - 22.30h

Enfermeiro:

Turno 22,30h - 8h

Enfermeiro:

| Escala de Coma de Glasgow |                    | Horas             |   |  |  |  |  |
|---------------------------|--------------------|-------------------|---|--|--|--|--|
|                           |                    |                   |   |  |  |  |  |
| Escala de Coma de Glasgow | Abertura dos olhos | Voluntária        | 4 |  |  |  |  |
|                           |                    | A Ordem           | 3 |  |  |  |  |
|                           |                    | À Dor             | 2 |  |  |  |  |
|                           |                    | S/ Resposta       | 1 |  |  |  |  |
|                           | Resposta Verbal    | Orientada         | 5 |  |  |  |  |
|                           |                    | Confusa           | 4 |  |  |  |  |
|                           |                    | Inapropriada      | 3 |  |  |  |  |
|                           |                    | Não compreensível | 2 |  |  |  |  |
|                           |                    | Ausente           | 1 |  |  |  |  |
|                           | Resposta Motora    | Obedece a ordens  | 6 |  |  |  |  |
|                           |                    | Localizada        | 5 |  |  |  |  |
|                           |                    | Em fuga           | 4 |  |  |  |  |
|                           |                    | Flexão            | 3 |  |  |  |  |
|                           |                    | Extensão          | 2 |  |  |  |  |
|                           | Ausente            | 1                 |   |  |  |  |  |
| Score Neurológico         |                    |                   |   |  |  |  |  |

| Escala de Sedação de Ramsay |          | Horas             |   |  |  |  |  |
|-----------------------------|----------|-------------------|---|--|--|--|--|
|                             |          |                   |   |  |  |  |  |
| Escala de Sedação de Ramsay | Acordado | Ansioso           | 1 |  |  |  |  |
|                             |          | Tranquilo         | 2 |  |  |  |  |
|                             |          | Responde a Ordens | 3 |  |  |  |  |
|                             | A dormir | Resposta Rápida   | 4 |  |  |  |  |
|                             |          | Resposta Lenta    | 5 |  |  |  |  |
|                             |          | Sem Resposta      | 6 |  |  |  |  |
|                             |          | Score             |   |  |  |  |  |

X Disponível Data Inserção

|         |  |
|---------|--|
| EO      |  |
| SNQ     |  |
| CVC     |  |
| LA      |  |
| CVP     |  |
| Cdálise |  |
| ALG     |  |
|         |  |
|         |  |
|         |  |
|         |  |
|         |  |
|         |  |
|         |  |



| ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR  |                                   |  |   |   |  |
|------------------------------|-----------------------------------|--|---|---|--|
| Behavioural Pain Scale (BPS) | Expressão Facial                  | Relaxada   | 1 | Outras Escalas:<br>Numérica (EN), Qualitativa (EQ), de Faces (EF), do Observador (EO) |  |
|                              |                                   | Parcialmente contraída (sobrancelhas franzidas)                    | 2 |   |  |
|                              |                                   | Completamente contraída (palpebras fechadas)                       | 3 |   |  |
|                              |                                   | Careta (esgar de dor)  | 4 |   |  |
|                              | Movimentos dos membros superiores | Sem movimentos   | 1 |   |  |
|                              |                                   | Parcialmente fletidos  | 2 |   |  |
|                              |                                   | Muito fletidos com flexão dos dedos                                | 3 |   |  |
|                              |                                   | Retraído, resistência aos cuidados                                 | 4 |   |  |
|                              | Adaptação ao ventilador           | Tolera a ventilação  | 1 |   |  |
|                              |                                   | Tosse mas tolera a ventilação a maior parte do tempo               | 2 |   |  |
|                              |                                   | Luta contra o ventilador mas a ventilação é possível algumas vezes | 3 |   |  |
|                              |                                   | Incapaz de controlar a ventilação                                  | 4 |   |  |

| PARÂMETROS VENTILATÓRIOS |         |       |
|--------------------------|---------|-------|
| Ventilador               | Tubo nº | Nível |
| Data                     |         |       |
| Hora                     |         |       |
| FIO2                     |         |       |
| Vol. Min. Prg./Real      |         |       |
| Fr Prog/Real             |         |       |
| Vol. Insp.               |         |       |
| Relaç. I:E               |         |       |
| PEEP                     |         |       |
| Mód. Vent.               |         |       |
| Sup. Pressão             |         |       |
| P Cuff                   |         |       |

Apêndice IV – *Check-List* de Verificação de Enfermagem



## Check-List de Verificação de Enfermagem

|                     |   | Data |   |   | Data |   |   | Data |   |   | Data |   |   | Data |   |   |
|---------------------|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|
|                     |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                     |   | M    | T | N | M    | T | N | M    | T | N | M    | T | N | M    | T | N |
| <b>Segurança</b>    | Identificação do doente                                     |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                     | Segurança da unidade<br>(grades, travões,<br>imobilizações) |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                     | Equipamentos  |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
| <b>Monit.</b>       | Limites de alarme do<br>monitor de PVs                      |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                     | Pressão das mangas de<br>hemodinâmica                       |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
| <b>Ventilação</b>   | Parâmetros ventilatórios e<br>limites de alarme             |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                     | Sistema de aspiração  |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                     | Existência de<br>máscara/ressuscitador na<br>unidade        |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                     | Existência de debitómetro<br>de O2 adaptado a rampa         |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                     | Nível, fixação e pressão<br>do cuff do tubo<br>endotraqueal |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                     | Integridade e eficácia do<br>sistema de aporte de O2        |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
| <b>Prescrição</b>   | Conformidade de<br>terapêutica médica                       |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                     | Perfusões em curso e<br>seus rótulos                        |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                     | Alimentação prescrita                                       |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |
| <b>Rúbrica Enfº</b> |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |

**Legenda:** √ Conforme  
 X Não Conforme  
 ∅ Não se aplica


**Observações:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Apêndice V – Norma “A Pessoa com Sonda *Sengstaken-Blakemore*: Intervenção de Enfermagem”






|  |                      |                               |                     |
|--|----------------------|-------------------------------|---------------------|
|  |                      | <b>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM</b> |                     |
|  |                      |                               |                     |
| <b>MANUAL DE SERVIÇO</b>   |                      | Capítulo :                    |                     |
| <b>Norma nº X - A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE:<br/>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</b>   |                      |                               |                     |
| <b>Elaborado por:</b><br>Sónia Fontinha (Aluna do Mestrado<br>em Enfermagem PSC – ESEL)<br> | <b>Revisto por :</b> | <b>Revisão:</b>               | <b>Aprovado em:</b> |

### **OBJETIVOS:**

- Otimizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica por hemorragia digestiva alta com necessidade de tamponamento esofágico ou gástrico com sonda de Sengstaken Blakemore;
- Uniformizar práticas referentes à colocação, manutenção e remoção da sonda de Sengstaken Blakemore;
- Reduzir complicações associadas à utilização da sonda de Sengstaken Blakemore.

### **ÂMBITO:**

Aplica-se à Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia



### **INTRODUÇÃO:**

A hemorragia digestiva alta por rutura de varizes gástricas ou esofágicas é uma complicação grave associada à hipertensão portal na doença hepática crónica. Apesar dos avanços terapêuticos e tecnológicos que, nas últimas duas décadas, melhoraram o prognóstico da pessoa com esta condição, a hemorragia digestiva alta por rutura de varizes esofágicas ainda é responsável por uma mortalidade na ordem dos 20% (Garbuzenko, 2015; Lee, 2011).

Em 1950, Sengstaken e Blakemore desenvolveram um dispositivo de tamponamento de silastic, com cerca de 1m, com duplo balão e três vias, onde os balões quando

insuflados, através de vias independentes, promovem a hemóstase, por compressão direta, de pontos de rutura ao nível de varizes no fundo gástrico (balão distal) e/ou no esófago (balão proximal), enquanto a terceira via é utilizada para aspiração ou lavagem gástrica. Em meados da década 50, Naschlas e Linton criaram o balão de Linton-Naschlas que tem apenas um balão de grande volume (cerca de 600cm<sup>3</sup>), que faz tração a nível do cárdia, para hemóstase de varizes gástricas e duas vias: uma para aspiração ou lavagem gástrica, outra a nível esofágico. Em 1968, foi idealizado um cateter-balão com 4 vias, que ficou conhecido como sonda de *Minnesota*, que apresenta mais uma via que a sonda de Sengstaken Blakemore, de forma a aspirar secreções que se acumulam próximo do balão esofágico (Christensen, 2004; Maguilnik & Breyer, 2002; Mir, 2008).

Apesar de a utilização destes dispositivos, e particularmente da sonda de Sengstaken Blakemore, garantir a hemostasia primária em 40-90% das pessoas com hemorragia digestiva alta por rutura de varizes esofágicas, ao longo dos anos, as indicações para a sua utilização têm vindo a diminuir, graças ao aparecimento de drogas que reduzem o débito sanguíneo portal ou esplénico e ao surgimento e evolução de novas técnicas e terapêuticas endoscópicas. A par disto, a elevada frequência de recidivas aquando da desinsuflação dos balões, bem como o risco de complicações potencialmente fatais, limitaram a eleição da sonda de Sengstaken Blakemore a casos emergentes, como medida *life-saving* ou para a ponte para um tratamento definitivo (Almeida & Conceição, 2010; Garbuzenko, 2015).

Desta forma, a utilização da sonda de Sengstaken Blakemore pode ser de extrema importância na manutenção da vida da pessoa em situação crítica por hemorragia digestiva alta, pelo que a presente norma justifica-se pela necessidade de explanar orientações para a prática de enfermagem, de forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados, numa técnica com especificidades, mas cada vez menos experienciada pelos enfermeiros ou mesmo desconhecida para os elementos mais novos da equipa de enfermagem.

Assim, foi realizada uma revisão da literatura, com o objetivo de identificar intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica com sonda Sengstaken Blakemore. A partir de publicações científicas indexadas nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text, entre 2005 e 2015,

totalizaram-se 3 estudos selecionados para análise, com texto integral disponível. Foi também agregada pesquisa de carácter livre.

### **INDICAÇÕES:**

- Hemóstase em quadro de hematemese: medida *life-saving* em caso de hemorragia digestiva alta por ruptura de varizes esofágicas persistente/refratária à terapêutica médica e/ou endoscópica ou quando esta terapêutica está inacessível;
- Transferência inter-hospitalar de doentes com hemorragia digestiva alta de difícil controlo;
- Tratamento temporário, de curta duração, enquanto não é possível a realização de outro tratamento.

### **CONTRA-INDICAÇÕES:**

- Hemorragia em regressão;
- Recente cirurgia que envolva a junção gastroesofágica;
- Estenose esofágica conhecida.

### **QUEM REALIZA:**

A introdução da sonda de Sengstaken Blakemore é um procedimento médico, coadjuvado por cuidados de enfermagem específicos na colocação, manutenção e remoção da sonda.

### **MATERIAL E EQUIPAMENTO:**

- Sonda de Sengstaken Blakemore
- Estetoscópio
- Saco coletor
- Seringa de 50cc/100cc
- Gel lubrificante e anestésico
- Resguardo
- Luvas
- Compressas

- Adesivo
- Manómetro de pressão
- Clamps
- Monitor de sinais vitais
- Material para aspiração das vias aéreas
- Carro de Urgência e reanimação
- Medicação para sedação e/ou analgesia (segundo prescrição)
- Nastro
- Água
- Tina

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM** (Almeida & Conceição, 2010; Christensen, 2004; Christensen & Christensen, 2007; Departamento de Cirugía y Radiología y Medicina Física, n.d.; Maguilnik & Breyer, 2002; Pedroso & Magro, 2010):

| INTERVENÇÃO  | JUSTIFICAÇÃO  |
|--|---|
| <b>Antes da colocação da sonda:</b>  |   |
| Providenciar o material necessário para junto da pessoa;   | Gerir o tempo;  |
| Lavar as mãos e utilizar equipamento de proteção individual;   | Prevenir a contaminação;  |
| Explicar o procedimento se doente consciente;  | Informar e obter a colaboração, diminuindo a ansiedade;                             |
| Garantir acesso venoso de grande calibre e adequada infusão intravenosa;   | Prevenir o choque hipovolémico;   |
| Testar os balões (gástrico e esofágico);   | Despistar fugas;  |
| Avaliar a porção de sonda a introduzir;  | Calcular a medida correta de sonda a introduzir;                                    |
| Posicionar a pessoa em semi-fowler (preferencial) ou decúbito lateral esquerdo com a cabeça fletida;                         | Facilitar a execução do procedimento;   |
| Ponderar entubação endotraqueal;   | Proteger vias aéreas;   |
| Ponderar colocação de sonda nasogástrica para lavagem e esvaziamento gástrico, se não realizada endoscopia alta previamente; | Diminuir o risco de aspiração e a presença de coágulos que possam bloquear a sonda; |
| Monitorização continua (hemodinâmica, sinais de dificuldade respiratória, estado de consciência, dor);                       | Prevenir choque hipovolémico e potenciais complicações;                             |
| Colocar resguardo/bacia em frente do   | Proporcionar conforto;  |

|  |  |
|--|--|
| doente;  |  |
| Lubrificar sonda com bastante gel;   | Minimizar o traumatismo da mucosa oral/nasal e facilitar a progressão da sonda.  |
| <b>Na colocação da sonda:</b>  |  |
| Auxiliar a introdução da sonda;  | Facilitar a progressão da sonda;   |
| Assegurar correta localização da sonda;  | Prevenir potenciais complicações, garantindo a presença do balão gástrico no estomago, evitando a rutura esofágica;  |
| Conectar sonda ao saco coletor;  | Promover drenagem passiva ou aspiração e avaliação da situação de hemorragia;  |
| <p>Insuflar os balões com ar/água, segundo prescrição, de acordo com indicações do fabricante e respeitando a sequência correta:</p> <p>1º Balão Gástrico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volume: ≈250-300ml (incrementos de 100ml)</li> <li>• Pressão: 100 a 150 mmhg</li> <li>• Tracionar suavemente até o balão gástrico se ajustar ao cárdia</li> <li>• Não deve permanecer insuflado mais de 24h a 48h</li> </ul> <p>2º Balão Esofágico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volume: ≈75ml (controlo deve ser realizado pela pressão)</li> <li>• Pressão: 20 a 40 mmhg (medir com manómetro)</li> <li>• Não deve permanecer insuflado mais do que 24h</li> </ul> | <p>Prevenir potenciais complicações. Em caso de dor, agitação ou dificuldade respiratória suspender a manobra, desinsuflando os balões;</p> <p>Manter o balão gástrico na junção gastroesofágica, onde exerce um efeito de tamponamento;</p> <p>Evitar isquemia ou rutura esofágica;</p> |
| Fixar sonda à saída com batente/boneca;  | Manter tração e evitar o deslocamento da sonda;  |
| Utilizar clamps, se necessário, nas vias de insuflação dos balões;   | Evitar a perda de insuflação dos balões; Evitar deslocamento da sonda e manter o tamponamento;   |
| Confirmar posição da sonda pela realização de Rx;  | Validar a posição dos balões gástrico e esofágico;   |
| Monitorização continua (hemodinâmica, sinais de dificuldade respiratória, estado de consciência, dor);   | Prevenir potenciais complicações; Despiste de recidiva hemorrágica; Prevenir o choque hipovolémico;  |
| Registar: hora de colocação da sonda, volumes/pressões dos balões, nível da sonda, intercorrências durante a técnica e reação do doente.   | Garantir a continuidade de cuidados; Identificar variações de volume/pressão dos balões; Avaliar complicações;   |

|  |   |
|--|---|
|  | Planejar intervenções futuras.  |
| <b>Na manutenção da sonda:</b>   |   |
| Explicar ao doente consciente a necessidade de manutenção da sonda;  | Diminuir a ansiedade e obter a sua colaboração;   |
| Controlar quadros de confusão e agitação;  | Diminuir o risco de auto-exteriorização da sonda;   |
| <p>Aplicar mais tração, se tração cutânea ineficaz, de acordo com indicação médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a tração utilizando um saco até 500ml de fluido intravenoso que poderá ser atado à sonda e pendurado na cama;</li> <li>- Avaliar necessidade de tração com peso após 12h, ou antes se a hemorragia tiver diminuído;</li> </ul> | <p>Manter a posição do balão gástrico e a função de tamponamento nas varizes;</p> <p>Diminuir o risco de deslocamento da sonda, que está aumentado com a utilização de tração com peso;</p> <p>Diminuir o risco de desenvolvimento de úlceras gastroesofágicas;</p>                             |
| Posicionar a pessoa de forma cuidadosa, mantendo a tração;   | Prevenir o deslocamento accidental da sonda;  |
| Avaliar a posição da sonda com regularidade e após posicionamentos;  | <p>Despistar deslocamento accidental da sonda;</p> <p>Prevenir potenciais complicações;</p>   |
| Prestar cuidados de higiene e conforto orais e nasais;   | Promover o conforto;  |
| Observar e avaliar a integridade do nariz/cavidade oral, despistando sinais de úlceras por pressão. Se presentes, estas deverão ser documentadas e alvo de adequado tratamento;  | <p>Manter a integridade cutânea;</p> <p>Diagnosticar e tratar precocemente úlceras por pressão;</p>   |
| Garantir monitorização contínua (hemodinâmica, sinais de dificuldade respiratória, estado de consciência, dor);  | <p>Prevenir potenciais complicações;</p> <p>Despiste de recidiva hemorrágica;</p> <p>Prevenir o choque hipovolémico;</p>  |
| Avaliar, com regularidade, a pressão do balão esofágico;   | <p>Prevenir potenciais complicações;</p> <p>Evitar isquemia ou rutura esofágica com elevadas pressões: a pressão pode variar com a respiração, alcançando valores de 70mmHg de forma intermitente;</p> <p>Evitar deslocamento accidental da sonda: uma perda súbita de pressão pode indicar</p> |

|   |   |
|---|---|
|   | ruptura do balão esofágico;   |
| Desinsuflar o balão esofágico periodicamente, de acordo com a condição da pessoa e indicação médica (ex. Desinsuflação por 5 min a cada hora ou 30 a 60 min a cada 8h);   | Promover a irrigação da mucosa, evitando a isquemia e necrose esofágica;  |
| Realizar lavagem gástrica se hemorragia ativa (com água ou soro fisiológico à temperatura ambiente);  | Manter a permeabilidade da sonda;<br>Avaliar quantidade e características do conteúdo gástrico;   |
| Colocar a via de aspiração gástrica em drenagem passiva se não for evidente hemorragia ativa, realizando lavagens/aspirações regularmente;  | Avaliar a presença de hemorragia ativa;<br>Remover o conteúdo hemático, evitando a sua digestão, que se traduz na elevação dos níveis séricos de amônia;  |
| Discutir com o gastroenterologista responsável a utilização de aspiração contínua de baixa pressão ou aspiração intermitente;   | A aspiração excessiva poderá causar lesões na mucosa e exacerbação da hemorragia;   |
| Desinsuflar sempre primeiro o balão esofágico e só posteriormente o balão gástrico, de acordo com indicação médica.<br><br>Geralmente, se boa evolução, o balão esofágico é desinsuflado cerca de 12h a 24 h após colocação da sonda, e o balão gástrico 12h após desinsuflação do balão esofágico; | Prevenir deslocamento accidental da sonda para a via aérea – se ocorrer obstrução da via aérea cortar as vias de insuflação dos balões de imediato, removendo a sonda;<br><br>Diminuir o risco de recidiva hemorrágica; |
| Manter a sonda desinsuflada no tubo digestivo mais 12h a 24h, após desinsuflação de ambos os balões, funcionando apenas como sonda para drenagem gástrica;  | Permitir a rápida insuflação em caso de recidiva hemorrágica: insuflar os balões novamente por mais 24h ou ponderar outro tratamento;   |
| Proceder aos registos;  | Garantir a continuidade de segurança dos cuidados;<br>Relatar intercorrências.  |
| <b>Na exteriorização da sonda:</b>  |   |
| Remover a sonda entre 36h a 42h, se não ocorrer recidiva hemorrágica e segundo indicação médica: pode ser cortada a ponta da sonda para assegurar o completo esvaziamento de ambos os balões;   | Facilitar a remoção da sonda;   |
| Manter vigilância para despiste de recidiva hemorrágica e/ou outras complicações;   | Diagnosticar precocemente e gerir complicações;   |
| Providenciar material para aspiração das  | Proteger vias aéreas;   |



|   |   |
|---|---|
| vias aéreas e cavidade oral, se necessário;               | Proporcionar conforto;  |
| Proporcionar cuidados de higiene e conforto oral e nasal; | Proporcionar conforto;<br>Avaliar integridade cutânea;                        |
| Proceder aos registos;                                    | Garantir a continuidade e segurança dos cuidados;<br>Relatar intercorrências. |

### **COMPLICAÇÕES:**

A recidiva hemorragia ocorre em 40% dos casos e a mortalidade associada a complicações fatais causadas pela sonda de Sengstaken Blakemore ronda os 20-30% (Pedroso & Magro, 2010). Destacam-se as principais complicações que a equipa de enfermagem deve prevenir e gerir (Akbaş et al., 2014; Almeida & Conceição, 2010; T Christensen, 2004; Christensen & Christensen, 2007; Pedroso & Magro, 2010):

- Pneumonia de aspiração (mais comum)
- Perfuração esofágica
- Oclusão das vias aéreas ou compressão da traqueia / asfixia
- Laceração, ulceração e necrose da faringe e gastroesofágica
- Fístula traqueo-esofágica
- Dor torácica
- Lesões e úlceras na narina, lábios e língua
- Soluços

### **REGISTOS:**

Todos os registos deverão ser realizados por forma a permitir a continuidade e segurança dos cuidados. No anexo I, sugere-se um formulário de registo que pretende resumir as informações relativas ao período em que a pessoa permanece com a sonda Sengstaken Blakemore. Este formulário poderá também torna-se um instrumento de colheita de dados, permitindo a realização futura de trabalhos de investigação pela equipa de enfermagem, com o intuito de avaliar, otimizar e/ou melhorar práticas.



## CONCLUSÃO:

A pessoa em situação crítica com sonda Sengstaken Blakemore requer cuidados de enfermagem específicos, quer no período de colocação deste dispositivo, quer durante a sua manutenção, remoção e período pós remoção da sonda.

A vigilância de enfermagem assume-se desta forma como determinante, na prevenção e gestão de complicações associadas à utilização da sonda e à otimização do estado da pessoa para um eventual tratamento definitivo.

Neste contexto específico, o treino e a experiência, bem como a formação e orientação específicas, tornam-se fatores importantes no incremento da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Akbaş, T., Bilgin, H., Yeğin, E. G., Çimşit, N. C., Özdoğan, O. C., & Karakurt, S. (2014). Esophageal perforation: A rare but fatal complication of urgent sengstaken blakemore tube intubation. *Journal of Medical and Surgical Intensive Care Medicine*, 4(2), 28–31. doi:10.5152/dcbybd.2013.323
- Almeida, A., & Conceição, P. (2010). Cuidados de enfermagem a doentes com sonda de Sengstaken Blakemore. *Boletim Hospital Pulido Valente*, (1), 71–74. Retrieved from [http://83.240.153.196:8081/BoletimHPV/boletim\\_hpv\\_2.pdf](http://83.240.153.196:8081/BoletimHPV/boletim_hpv_2.pdf)
- Christensen, T. (2004). The treatment of oesophageal varices using a Sengstaken-Blakemore tube: considerations for nursing practice. *Nurs Crit Care*, 9(2), 58–63. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15068055>
- Christensen, T., & Christensen, M. (2007). The implementation of a guideline of care for patients with a Sengstaken–Blakemore tube in situ in a general intensive care unit using transitional change theory. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(4), 234–242. doi:10.1016/j.iccn.2006.05.004
- Departamento de Cirugía y Radiología y Medicina Física. (n.d.). Control de varices esofágicas sangrantes. Retrieved November 23, 2015, from <http://www.oc.lm.ehu.es/Fundamentos/fundamentos/TecnicasCM/Varicesesofagicas.PDF>
- Garbuzenko, D. V. (2015). Treatment of acute esophageal variceal bleeding in cirrhotic patients. *Abdomen*, 1–5. doi:10.14800/abdomen.958
- Lee, J. M. (2011). Pathophysiology and treatment of significant bleeding oesophageal varices. *Contemporary Nurse*, 39(2), 221–226. Retrieved from Pubmed
- Norma nº X A PESSOA COM Sonda SENGSTAKEN BLAKEMORE: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Maguilnik, I., & Breyer, H. P. (2002). Procedimentos Endoscópicos Terapêuticos. In *Enfermagem em Endoscopia Digestiva* (pp. 61–87). Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.

Mir, M. S. M. (2008). *Normas de actuación en urgencias* (4<sup>a</sup> ed.). Madrid: Médica Panamericana.

Pedroso, I., & Magro, F. (2010). Urgência regional de gastroenterologia (urge): gestão clínica da hemorragia digestiva alta. Porto: ARS-Norte.

## **ANEXOS**

# **ANEXO I**

**REGISTOS DE ENFERMAGEM:**

**PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE (SSB)**

**REGISTOS DE ENFERMAGEM:**  
**PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE (SSB)**

(Identificação do Cliente)

**Data Admissão** [REDACTED]: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Motivo Admissão:** \_\_\_\_\_

**1. COLOCAÇÃO DA SSB**

**Onde colocou:**

- ☐ [REDACTED]  
☐ Outro Serviço/Hospital: \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Médico:** \_\_\_\_\_ **Enfº:** \_\_\_\_\_

**Via de Inserção:** ☐ Oral ☐ Nasal

**Nível da Sonda:** \_\_\_\_\_

**Local Fixação:** \_\_\_\_\_ / **Tração:** \_\_\_\_\_

**Terapêutica Endoscópica Prévia:**

- ☐ Escleroterapia (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
☐ LEVE (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
☐ Hemospray (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
☐ Outro: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

**Balões Insuflados:**

- ☐ Gástrico  
Volume: \_\_\_\_\_ ar/água  
Pressão: \_\_\_\_\_ mmHg

- ☐ Esofágico  
Volume: \_\_\_\_\_ ar/água  
Pressão: \_\_\_\_\_ mmHg

**Aspirado/Lavagem (características):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Intercorrências:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Apêndice VI – Formação em Serviço: “A Pessoa com Sonda *Sengstaken-Blakemore*:  
Intervenção de Enfermagem”



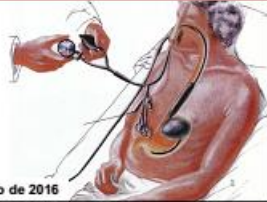


## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

Realizado por:  
Sónia Fontinha

Com Orientação de:

Lisboa, 3 de Janeiro de 2016



## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### Sumário

- ✓ Objetivos
- ✓ Introdução
- ✓ Intervenção de Enfermagem:
  - na colocação
  - na manutenção
  - na remoção
- da SSB
- ✓ Complicações
- ✓ Registos
- ✓ Considerações Finais

2

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### Objetivos

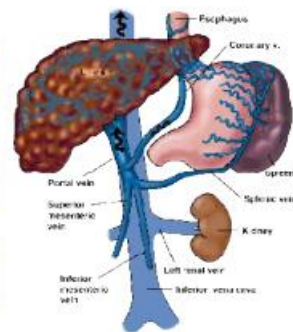
- ✓ Otimizar os cuidados de enfermagem prestados à PSC por HDA com necessidade de tamponamento esofágico/gástrico com SSB;
- ✓ Uniformizar práticas referentes à colocação, manutenção e remoção da SSB;
- ✓ Reduzir complicações associadas à utilização da SSB.



3

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

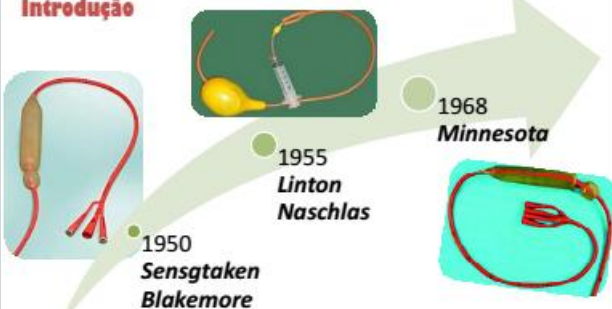
### Introdução



4

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### Introdução



5

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### Introdução

Hemostase em 40% a 90% dos casos

Indicações têm vindo a diminuir

Drogas que ↓ débito  
sanguíneo  
portal/esplénico

Evolução de  
novas técnicas  
e terapêuticas  
endoscópicas

↑ Recidivas  
Hemorrágicas

↑ Complicações  
Potencialmente  
Fatais

6

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Intervenção de Enfermagem

#### Introdução

Cada vez menos utilizada  
(↓ Experiência)

Elementos Novos na Equipa

QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS



## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Intervenção de Enfermagem

#### Indicações

- ✓ Hemóstase em quadro de hematemesees
  - Life-saving em caso de HDA por rutura de VE persistente/refratária à terapêutica médica e/ou endoscópica ou quando esta terapêutica está inacessível;
- ✓ Transferência inter-hospitalar de doentes com HDA de difícil controlo;
- ✓ Tratamento temporário, de curta duração, enquanto não é possível a realização de outro tratamento.

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Intervenção de Enfermagem

#### Quem Realiza



A introdução da SSB é um procedimento médico, coadjuvado por cuidados de enfermagem específicos na colocação, manutenção e remoção da sonda.

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Intervenção de Enfermagem

#### Material e Equipamento

|                         |  |
|-------------------------|--|
| EPI                     | Adesivo  |
| SSB                     | Manómetro de pressão                                       |
| Seringa de 50cc/100cc   | Clamps   |
| Estetoscópio            | Água   |
| Saco coletor            | Medicação para sedação e/ou analgesia (segundo prescrição) |
| Lubrificante/anestésico | ...  |
| Resguardo/Tina          |  |
| Compressas              |  |

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Intervenção de Enfermagem

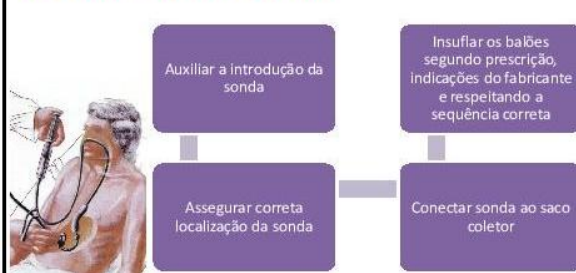
#### 1. Antes da Colocação da SSB



## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Intervenção de Enfermagem

#### 2. Durante a Colocação da SSB



## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Intervenção de Enfermagem

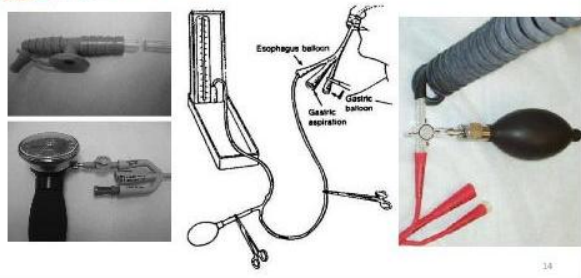
#### 2. Durante a Colocação da SSB



## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Intervenção de Enfermagem

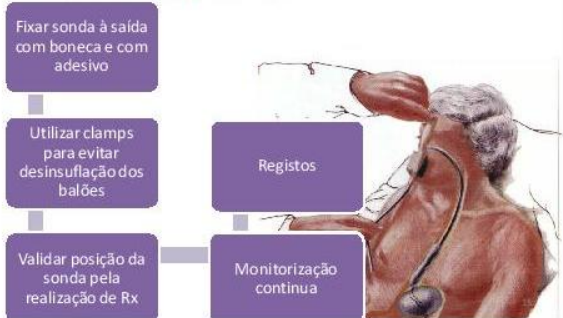
#### Avaliação da Pressão



## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Intervenção de Enfermagem

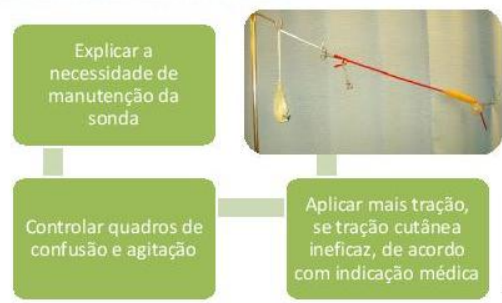
#### 2. Durante a Colocação da SSB



## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Intervenção de Enfermagem

#### 3. Durante a Manutenção da SSB



## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Intervenção de Enfermagem

#### 3. Durante a Manutenção da SSB



## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Intervenção de Enfermagem

#### 3. Durante a Manutenção da SSB





## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### 3. Durante a Manutenção da SSB

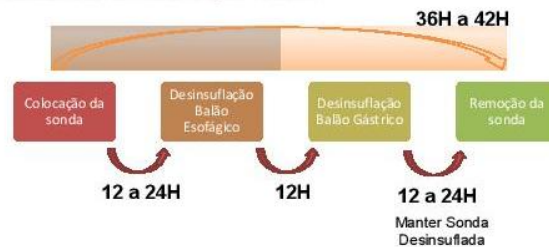


Desinsuflar sempre **primeiro o balão esofágico** e só posteriormente o balão gástrico, de acordo com indicação médica.

29

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### 3. Durante a Manutenção da SSB



30

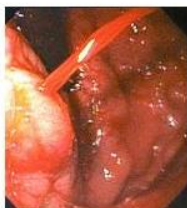
## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### 3. Durante a Manutenção da SSB

Se Recidiva Hemorrágica:

Insuflar os balões novamente por mais 24h

Ponderar outro tratamento



31

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### 4. Durante a Remoção da SSB



32

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### 4. Durante a Remoção da SSB



33

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### Complicações

Recidiva Hemorrágica  
40%

- Pneumonia de aspiração
- Perfuração esofágica
- Oclusão das vias aéreas ou compressão da traqueia / asfixia
- Laceração, ulceração e necrose da faringe e gastroesofágica
- Fístula traqueo-esofágica
- Dor torácica
- Lesões e úlceras na narina, lábios e língua
- Soluços

**Complicações Fatais  
20%-30%**

34

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### Complicações

- ↓ Incidência de Úlceras por Pressão na asa do nariz/narina provocadas pela tração da SSB



25

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### Registos

- Identificação do Doente
- Data e Hora de Colocação da Sonda
- Pressões/Volumes dos Balões
- Características do Conteúdo Gástrico
- Data e Hora de Desinsuflação dos Balões
- Data e Hora de Remoção da Sonda
- Intercorrências e complicações
- Reação do doente

### Formulário de Registo

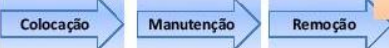


26

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### Considerações Finais

A PSC com SSB requer cuidados de enfermagem específicos:



Experiência  
Treino  
Formação



Qualidade e Segurança dos Cuidados

27

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### Referências Bibliográficas

- Akbaş, T., Bilgin, H., Yeğin, E. G., Çimsit, N. C., Özdoğan, O. C., & Karakurt, S. (2014). Esophageal perforation: A rare but fatal complication of urgent sengstaken blakemore tube intubation. *Journal of Medical and Surgical Intensive Care Medicine*, 4(2), 28–31. doi:10.5152/jdbybd.2013.323
- Almeida, A., & Conceição, P. (2010). Cuidados de enfermagem a doentes com sonda de Sengstaken Blakemore. *Boletim Hospital Pulido Valente*, (1), 71–74. Retrieved from [http://83.240.153.196:8081/BoletimHPV/boletim\\_hpv\\_2.pdf](http://83.240.153.196:8081/BoletimHPV/boletim_hpv_2.pdf)
- Christensen, T. (2004). The treatment of oesophageal varices using a Sengstaken-Blakemore tube: considerations for nursing practice. *Nurs Crit Care*, 9(2), 58–63. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15068055>
- Christensen, T., & Christensen, M. (2007). The implementation of a guideline of care for patients with a Sengstaken-Blakemore tube in situ in a general intensive care unit using transitional change theory. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(4), 234–242. doi:10.1016/j.iccn.2006.05.004

28

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem

### Referências Bibliográficas

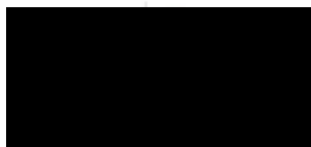
- Departamento de Cirugía y Radiología y Medicina Física. (n.d.). Control de varices esofágicas sangrantes. Retrieved November 23, 2015, from <http://www.oc.im.ehu.es/Fundamentos/fundamentos/TecnicasCM/Varices/esofagicas.PDF>
- Garbuzenko, D. V. (2015). Treatment of acute esophageal variceal bleeding in cirrhotic patients. *Abdomen*, 1–5. doi:10.14800/abdomen.958
- Lee, J. M. (2011). Pathophysiology and treatment of significant bleeding oesophageal varices. *Contemporary Nurse*, 39(2), 221–226. Retrieved from Pubmed
- Maguini, I., & Breyer, H. P. (2002). Procedimentos Endoscópicos Terapêuticos. In *Enfermagem em Endoscopia Digestiva* (pp. 61–87). Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.
- Mir, M. S. M. (2008). *Normas de actuación en urgencias* (4ª ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Pedroso, I., & Magro, F. (2010). Urgência regional de gastroenterologia (urge): gestão clínica da hemorragia digestiva alta. Porto:ARS-Norte.

29

## A PESSOA COM SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE Intervenção de Enfermagem



30



**A PESSOA COM Sonda SINGHANI BLANKHORE**  
Intervenção de Enfermagem

Realizado por:  
Sónia Fontinha



Lisboa, 3 de Janeiro de 2016

Apêndice VII – Formação em Serviço “A Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia  
Digestiva Alta: Intervenção de Enfermagem”





## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### Intervenção de Enfermagem

5º Mestrado em  
Enfermagem à Pessoa  
em Situação Crítica

Serviço de Urgência  
Polivalente

Realizado Por:  
Sónia Fontinha

Com Orientação De:

Mestre João Veiga



Faro, 22 de Fevereiro de 2016

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### SUMÁRIO

- ❖ Objetivos
- ❖ Introdução
- ❖ Etiologia da HDA
- ❖ Avaliação Inicial
- ❖ Ressuscitação
- ❖ Tratamentos
- ❖ Considerações Finais

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

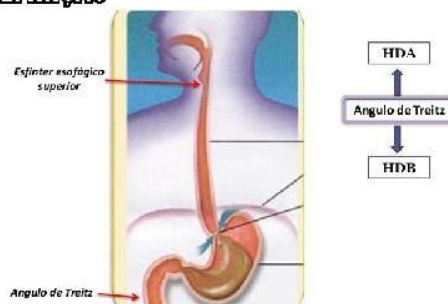
### OBJETIVOS

- ✓ Aprofundar conhecimentos acerca das principais causas de hemorragia digestiva alta (HDA) e respetivo tratamento;
- ✓ Definir uma abordagem sistematizada e eficaz na avaliação e ressuscitação da PSC com HDA;
- ✓ Otimizar a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com HDA.



## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### DEFINIÇÃO



## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

A HDA é responsável por:

**300 000** admissões hospitalares/ano

**36 a 172** novos casos por cada 100.000 adultos/ano

**3 a 14%** taxa de mortalidade

**>6600** internamentos em Portugal

**Morbilidade, mortalidade e custos** significativos

(Hreinsson, Kalaitzakis, Gudmundsson & Björnsson, 2013; Natário et al., 2009; Sampaio, 2006; Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, 2010)

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### Avaliação Inicial

#### Etiologia

#### Gravidade

- Hábitos Tóxicos
- Ingestão prévia de fármacos gastroerosivos / anticoagulantes
- Antecedentes de episódios de HDA
- Sintomas digestivos prévios
- Características das perdas hemáticas
- Repercussão Hemodinâmica

7

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### Avaliação Inicial

#### Etiologia

#### Gravidade

### TRIAGEM

#### Hematemeses

→ PRESENCIA DO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE

#### História de Hematemeses

8

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ETIOLOGIA

#### Úlcera Péptica

#### Varizes Esofágicas/Gástricas

#### Erosões

#### Mallory Weiss

#### Neoplasias

#### Dieulafoy

#### Angiodisplasias



9

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### Classificação de FORREST

|             | A      | B      | C    |
|-------------|--------|--------|------|
| FORREST I   | >90%   | 20-30% |      |
| FORREST II  | 30-51% | 25-41% | 0-5% |
| FORREST III | 0-1%   |        |      |

"A realização de hemostase endoscópica está indicada em pacientes que apresentam estigmas endoscópicos de alto risco (sangramento activo ou vaso visível no leito da úlcera)" (SPED, 2010, p.2).

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ETIOLOGIA

#### Úlcera Péptica

#### Varizes Esofágicas/Gástricas

#### Erosões

#### Mallory Weiss

#### Neoplasias

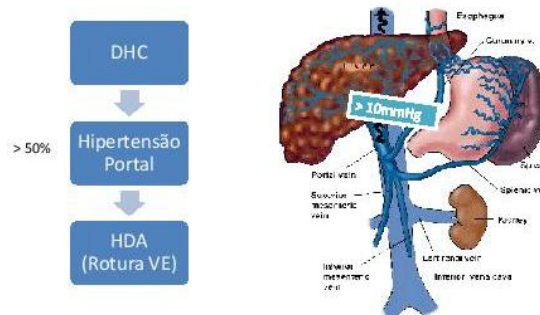
#### Dieulafoy

#### Angiodisplasias



11

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



(Fullwood, 2012)

12



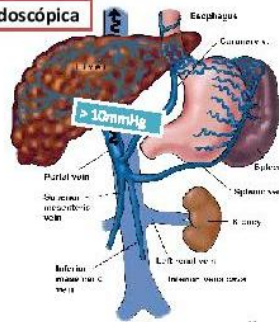
## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

PROFILAXIA → Terapêutica Endoscópica

B-bloqueantes  
Propanolol

Vasodilatação Esplênica  
↓ Débito Cardíaco

↓ TA  
↓ FC  
55-60 bpm



(Fowler, 2013; Fullwood, 2012)

13

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ETIOLOGIA

Úlcera Péptica

Varizes Esofágicas/Gástricas

Erosões

Mallory Weiss

Neoplasias

Dielafoy

Angiodisplasias



14

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ETIOLOGIA

Úlcera Péptica

Varizes Esofágicas/Gástricas

Erosões

Mallory Weiss

Neoplasias

Dielafoy

Angiodisplasias



15

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ETIOLOGIA

Úlcera Péptica

Varizes Esofágicas/Gástricas

Erosões

Mallory Weiss

Neoplasias

Dielafoy

Angiodisplasias



16

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ETIOLOGIA

Úlcera Péptica

Varizes Esofágicas/Gástricas

Erosões

Mallory Weiss

Neoplasias

Dielafoy

Angiodisplasias



17

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ETIOLOGIA

Úlcera Péptica

Varizes Esofágicas/Gástricas

Erosões

Mallory Weiss

Neoplasias

Dielafoy

Angiodisplasias



18

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS



29

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- HEMATEMESES** Vômito de sangue vivo, com ou sem presença de coágulos  
Emese tipo "borra de café"
- MELENAS** Dejeções de sangue proveniente da parte alta do tubo digestivo, já digerido e tipicamente com o aspecto de borra de café
- HEMATOQUÊSIAS** Passagem de sangue pelo ânus, sangue este que pode ser proveniente de qualquer parte do tubo digestivo
- RECTORRAGIAS** Perda de sangue do recto

(Portal da Codificação Clínica e dos GDH, 2014) 30

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Hipotensão (ortostática)
- Taquicardia
- Síncope
- Dispepsia
- Dor abdominal em cólica
- Vômitos
- Perda ponderal
- Sinais de hipoperfusão periférica: extremidade frias, húmidas e pálidas

31

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS



## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS



Fezes de tonalidade negra brilhante, rodeadas por negro, verde ou castanho

(Casasnovas & Larrabéti, 2001) 33

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS



## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Qual a melhor abordagem?



25

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

**A**  
AIRWAY

Detecta presença de sangue;  
Determina gravidade da hemorragia;  
Prepara o campo de visualização endoscópica;  
Previne a aspiração do conteúdo gástrico.

- ✓ Assegurar **permeabilidade** da via aérea;
- ✓ Garantir acesso a material para **aspiração** das vias aéreas;
- ✓ Proceder a **EOT**, quando presença de alto débito hemorrágico ou depressão do estado de consciência (hipoperfusão cerebral, encefalopatia);
- ✓ Posicionar em **semi-fowler** ou **decúbito lateral esquerdo**;
- ✓ Inserção de **SNG** em drenagem.

Ausência de sangue não exclui hemorragia

(ASGE, 2015; Fowler, 2013; Fullwood, 2012; SPED, 2010)

26

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

**B**  
BREATHING

- ✓ Optimizar oxigenoterapia recorrendo a **cânula binasal**, já que máscara aumenta o risco de pneumonia de aspiração;
- ✓ Ponderar **EOT** se necessário um maior fluxo de O<sub>2</sub>;
- ✓ Manter posição **semi-sentado**, facilitando os movimentos respiratórios.

(Fowler, 2013; Fullwood, 2012)

27

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

**C**  
CIRCULATION

Hemograma  
Sódio  
Potássio  
Ureia  
Creatinina  
AST  
ASL  
Bilirrubina  
INR  
aPTT

- ✓ Assegurar **2 acessos venosos periféricos** de grande calibre ou eventual cateter venoso central;
- ✓ Colheita de sangue para **análises e tipagem**;
- ✓ **Monitorização contínua**: TA, FC, ECG, SpO<sub>2</sub>, estado consciência, diurese, coloração e temperatura da pele;
- ✓ Monitorizar **quantidade e características** das perdas hemáticas;
- ✓ Garantir a **perfusão de órgãos vitais** num nível **ótimo**, não sobrecarregando o compartimento intravascular, não aumentando a pressão na veia porta;

(ASGE, 2015; Fowler, 2013; Fullwood, 2012)

28

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

**C**  
CIRCULATION

- ✓ Administrar **fluidoterapia** (cristalóides) de forma a manter **TAS ≥ 90 mmHg**;
- ✓ Na pessoa com **patologia hepática** não se recomenda o uso de grandes volumes de **solução salina** pois pode exacerbar a formação de ascite;
- ✓ Realizar **transfusão** de hemoderivados **quando Hg ≤ 7g/L** de forma a manter valores de Hg 7-9 g/L;
- Na pessoa com cirrose valores de Hg > 8 g / dL estão associados a:  
↑ hemorragia; hipertensão portal; ↑ mortalidade
- ✓ Se **coagulopatia** significativa ou **trombocitopenia** considerar transfusão de **plasma** fresco congelado e/ou **plaquetas**;

(ASGE, 2015; Fowler, 2013; ESQE, 2015; Fullwood, 2012)

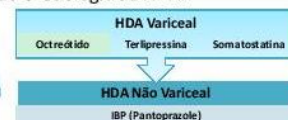
29

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

**C**  
CIRCULATION

- ✓ Monitorizar débito urinário: **≥ 0,5ml/kg/h** para assegurar uma perfusão renal adequada;
- ✓ **Endoscopia** deve ser realizada nas 24h após apresentação: até **6h** se hemorragia activa/macissa; até **12h** se estabilidade hemodinâmica;
- ✓ Administrar **terapêutica** de acordo com prescrição e etiologia da HDA:

A administração antes da endoscopia melhora os resultados.



(ASGE, 2015; Biecker, 2013; Fullwood, 2012)

30

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

| Fármaco       | Dosagem   | Complicações                                |
|---------------|---|---|
| Terlipressina | Análogo da vasopressina<br>2mg 4/4h 48h -> 1mg 4/4h (5 dias)  | Isquemia<br>Distúrbios                      |
| Octreotido    | Análogo da somatostatina<br>25µg bólus + Perusão 50µg/h (3 a 5 dias)<br>5fem 1000cc<br>Glucose 5% a 100ml/h | Ligeira hiperglicemia<br>Cólicas Abdominais |
| Pantoprazole  | IBP<br>Bólus 80mg + Perusão 8mg/h 72h<br>80mg até 50cc SF a 5cc/h   |   |

(ASGE, 2015; Blecker, 2013; ESGE, 2015; Fowler, 2013)

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Na pessoa com cirrose deve ser iniciada melioterapia

Em Cirrose: Vitamina K Fatores de Coagulação



"The management of patients with acute variceal bleeding includes not only treatment and control of active bleeding but also the prevention of rebleeding, infections, and renal failure" (Blecker, 2013, p.3).

(Fullwood, 2012)

32

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

**D**  
DISABILITY

✓ Avaliar alterações no estado de consciência:

- Hipoperfusão e hipoxia cerebral;
- Encefalopatia hepática  
A presença de sangue no tracto gastrointestinal pode levar a ↑ amônia e ↑ nitrogénio que atravessam a barreira hemato-encefálica e alteram a função neurológica.



EOT ?

(Fullwood, 2012)

33

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

**E**  
EXPOSURE

- ✓ Manutenção da temperatura e prevenção da hipotermia;
- ✓ A aspiração ou lavagem gástrica não está recomendada, mas se efectuada deverá ser com água à temperatura ambiente;

(ESGE, 2015; Fullwood, 2012)

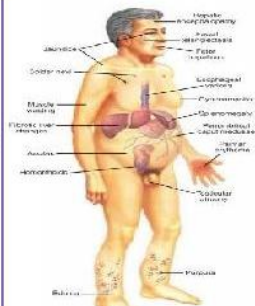
34

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

**E**  
EXPOSURE

✓ Pela exposição corporal detetar «pistas» para:

- Instabilidade Hemodinâmica temperatura e cor da pele
- Etiologia da HDA  
Doença Hepática: icterícia circulação colateral aranhas vasculares ascite etc.



(Fowler, 2013; Fullwood, 2012)

35

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



36



## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ENDOSCOPIA ALTA



Eritromicina  
250mg  
30-60min

Hemorragia  
Severa  
Activa

(ESGE, 2015)

Melhora visualização endoscópica  
↓ Necessidade "Second Look"  
↓ Nº transfusões  
↓ Dias Internamento

"Os agentes procinéticos não deverão ser rotineiramente utilizados a preceder a endoscopia com o objetivo de melhorar a acuidade diagnóstica" (PICO, 2010, p.1)

37

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ENDOSCOPIA ALTA



Diagnóstico

Tratamento

38

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ENDOSCOPIA ALTA



(ASGE, 2015; ESGE, 2015)

39

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ENDOSCOPIA ALTA

#### Injeção



40

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ENDOSCOPIA ALTA

#### Mecânicos



41

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ENDOSCOPIA ALTA

#### Mecânicos



42

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ENDOSCOPIA ALTA

#### Térmicos



28

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ENDOSCOPIA ALTA

#### Contacto



29

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### ENDOSCOPIA ALTA

- ✓ Prevenir complicações:
- Pneumonia de aspiração;
  - Choque hipovolémico;
  - Depressão respiratória (associada a sedação);
  - Infecção;
  - Perfuração;
  - Ansiedade.



#### Manter:

- Vigilância e Monitorização Contínua
- Medidas de ressuscitação
- Segurança da pessoa
- Posicionamento adequado

30

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

#### Life-saving



#### TIPS



#### CIRURGIA



31

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### Considerações Finais:

#### TRABALHO EM EQUIPA INTERDISCIPLINAR



32

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### Considerações Finais:

#### Intervenção de Enfermagem



33



## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### Considerações Finais:

KEEP CALM... THINK **ABCDE**.

AND **Stop** BLEEDING



#### A mnemónica ABCDE:

- Organiza e estrutura as intervenções ;
- Estabelece prioridades;
- Melhora os cuidados prestados e *outcomes*.

49

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### Referências Bibliográficas:

- ASGE. (2014). Guideline: The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage.
- Bernhard, M., Ramshorn-Zimmer, A., Hartwig, T., Mende, L., Helm, M., Pega, J., & Gries, A. (2014). Management of critically ill patients in the resuscitation room. Different than for trauma? *Der Anaesthesist*, 63(2), 14-53.
- Blecker, E. (2013). Gastrointestinal Bleeding in Cirrhotic Patients with Portal Hypertension. *Hindawi Publishing Corporation ISRN Hepatology*.
- ESGE. (2015). Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage : European Society of Gastrointestinal Endoscopy ( ESGE ) Guideline Authors European Society of Gastrointestinal Endoscopy.
- Fowler, C. (2013). Management of patients with complications of cirrhosis. *The Nurse Practitioner*, 38(4), 14-22.
- Fullwood, D. (2012). Portal hypertension and varices in patients with liver cirrhosis. *Nursing Standard*, 26(48), 52-58.
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. (2010). Recomendações para o tratamento de doentes com hemorragia digestiva alta de causa não varicosa. *Jornal Português de Gastroenterologia*, 17, 227-229.

50



51



## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

### Intervenção de Enfermagem



5º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Serviço de Urgência Polivalente

Realizado Por:  
Sónia Fontinha

Com Orientação De:

Mestre João Veiga

Faro, 22 de Fevereiro de 2016

52



Apêndice VIII – Poster “A Vigilância da Pessoa em Situação Crítica por Alterações na  
Função Hepática”



# A VIGILÂNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA POR ALTERAÇÕES NA FUNÇÃO HEPÁTICA

FONTINHA, S. - Enfermeira no Serviço de Gastroenterologia do \*\*\*\*\*/ Estudante do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da ESEL  
VEIGA, J. - Docente Orientador, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

## OBJETIVO

Discutir as principais alterações hepáticas em contexto de cuidados críticos, identificando intervenções de enfermagem no âmbito da vigilância.

## MÉTODO

### Revisão da Literatura

- 28 artigos
- CINAHL e MEDLINE

### CrITÉrios de Inclusão

- Resumo e/ou texto integral disponível;
- Em português, inglês, francês ou espanhol;
- De 2005 a 2015;
- Descritores: *enfermagem, vigilância, cuidados críticos, alterações na função hepática.*

### Seleção e Síntese

- Construção instrumento de colheita de dados;
- Definição de quatro categorias de acordo com similaridade de conteúdo.

### Estágio em Contextos de Referência

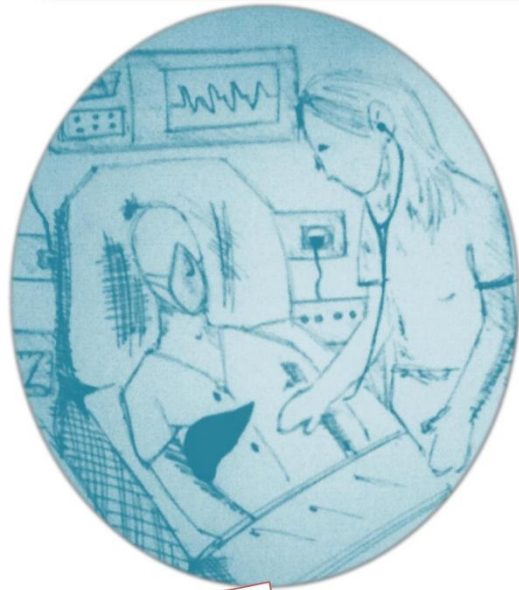
- Serviço de Urgência;
- Unidade de Cuidados Intensivos/ Centro de Transplantação;
- Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia;
- Instituto Internacional de Referência no Tratamento da Patologia Hepática.

## RESULTADOS (Revisão da Literatura)

### VIGILÂNCIA DA PSC COM DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA

- ✓ Incorporação dos níveis de **lactato sérico** e da presença de **ascite** nas escalas e **scores de prognóstico** na pessoa com cirrose;
- ✓ **Gestão e monitorização de complicações**, nomeadamente a hemorragia digestiva alta por rutura de varizes esofágicas. O enfermeiro deve conhecer a etiologia, fatores de risco, hipóteses de tratamento e a complexidade associada a um eventual transporte.

(Emerson et al. 2014; Herrera & Mora, 2011; Smith, 2010)



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vigilância em enfermagem à PSC por alteração hepática evidencia ações de:

- Monitorização;
- Reconhecimento Precoce;
- Gestão de Complicações;
- Educação e Suporte.

Pelo aprofundamento teórico, reflexão e prática em contextos de referência, pretende-se:

- Uma prática atual, refletida e baseada na evidência;
- Desenvolver competências;
- Influenciar os pares;
- Potenciar a vigilância em enfermagem;
- Melhorar os cuidados prestados.

### VIGILÂNCIA DA PSC COM INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA/FULMINANTE

- ✓ **Suporte e Educação;**
- ✓ **Promoção de Conforto;**
- ✓ **Cuidados Nutricionais;**
- ✓ **Monitorização respiratória, cardiovascular e neurológica;**
- ✓ **Atenção ao risco de edema cerebral secundário a encefalopatia hepática e identificação de sinais de aumento da pressão intracraniana;**
- ✓ **Atenção ao risco de esgotamento de fatores de coagulação e proteínas vitais e identificação de focos potenciais de hemorragia, bem como gestão e monitorização da administração de hemoderivados e outros;**
- ✓ **Realização de protocolos e guidelines promovendo uma rápida intervenção.**

(O'Neal, Olds & Webster, 2006; Mahajan & Lat, 2010; Siao, Tsai & Liao, 2009)

### VIGILÂNCIA DA PSC SUBMETIDA A TRANSPLANTE HEPÁTICO

- ✓ **Gestão e deteção precoce de complicações:** disfunção de enxerto, rejeição de órgão, infeção, complicações do trato biliar;
- ✓ **Monitorização da função respiratória, do equilíbrio ácido-base, e níveis de glicemia capilar nas primeiras horas após transplante;**
- ✓ **Suporte e educação com vista a um cumprimento adequado do regime terapêutico, a médio-longo prazo.**

(Bellido, 2012; Cheng, Hongying & Yanlan, 2009; Fullwood, Jones & Lau-Walker, 2011; Grogan, 2011; Hansen, 2014; Rudow & Goldstein, 2008; Sheng, Jinxia & Bing, 2009)

### OUTROS ASPETOS DA VIGILÂNCIA DA PSC COM ALTERAÇÃO HEPÁTICA

- ✓ **Regime terapêutico racional e em segurança;**
- ✓ **A rutura de adenoma hepático e a colestase intra-hepática da gravidez são situações raras, mas que colocam em risco a vida, sendo imperativo um reconhecimento e intervenção precoces.**

(Allmark, 2007; Lin & Smith, 2010; Shea & Hoyt, 2015; Yogarathnam, Miller & Smith, 2005)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allmark, E. (2007). Hepatic adenoma: an unusual cause of abdominal pain. *Emergency Nurse*, 15(3), 18-23.
- Bellido, E. P. G. (2012). Intervenciones enfermeras durante los primeros días en el trasplante hepático. *Evidentia*, 37(9).
- Cheng, T., Hongying, P., & Yanlan, M. (2009). Blood gas analysis of patients before and after liver transplantation and nursing strategies for them. *Chinese Nursing Research*, 23(10b), 2645-2647.
- Emerson, P., McPeake, J., O'Neill, A., Gilmour, H., Forrest, E., Puxy, A., ... Shaw, M. (2014). The utility of scoring systems in critically ill cirrhotic patients admitted to a general intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 29(6), 1131.e1-6.
- Fullwood, D., Jones, F., & Lau-Walker, M. (2011). Care of patients following liver transplantation. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 25(49), 50-6; quiz 58, 60. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21905380>
- Grogan, T. A. (2011). Liver Transplantation: Issues and Nursing Care Requirements. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 23(3), 443-456.
- Hansen, L. (2014). Liver Transplantation in Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(9), 8-13.
- Herrera, M. F. J., & Mora, E. V. (2011). El traslado interhospitalario de un paciente con hemorragia digestiva por varices esofágicas. *Enfermería Clínica*, 21(5), 284-287.
- Lin, S., & Smith, B. S. (2010). Drug Dosing Considerations for the Critically Ill Patient with Liver Disease. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22(3), 335-340.
- Mahajan, A., & Lat, I. (2010). Correction of Coagulopathy in the Setting of Acute Liver Failure. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22(3), 315-321.
- O'Neal, H., Olds, J., & Webster, N. (2006). Managing patients with acute liver failure: developing a tool for practitioners. *Nursing in Critical Care*, 11(2), 63-68.
- Rudow, D. L., & Goldstein, M. J. (2008). Critical care management of the liver transplant recipient. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(3), 232-243.
- Shea, S. S., & Hoyt, K. S. (2015). Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 37(1), 30-33.
- Sheng, T., Jinxia, M., & Bing, L. (2009). Analysis of blood glucose change tendency of patients after undergoing liver transplantation and nursing interventions for them. *Chinese Nursing Research*, 23(9C), 2452-2454.
- Siao, S., Tsai, L., & Liao, E. (2009). Experience of a patient with fulminant hepatic failure [Chinese]. *Tzu Chi Nursing Journal*, 8(3), 100-109.
- Smith, M. M. (2010). Emergency: Variceal hemorrhage from esophageal varices associated with alcoholic liver disease. *The American Journal of Nursing*, 110(2), 32-39.
- Yogarathnam, D., Miller, M. A., & Smith, B. S. (2005). The effects of liver and renal dysfunction on the pharmacokinetics of sedatives and analgesics in the critically ill patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 245-250.



Apêndice IX – Poster “Abordagem à Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia  
Alta”





# ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

FONTINHA, S.<sup>1</sup>; [REDACTED]; VEIGA, J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Estudante do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); Enfermeira no Serviço de Gastroenterologia do \*\*\*\*\*

<sup>2</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica no Serviço de Urgência Polivalente do \*\*\*\*\*

<sup>3</sup> Docente do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ESEL

## KEEP CALM... THINK **ABCDE**, AND **Stop** BLEEDING

**A**

AIRWAY

- Permeabilizar via aérea;
- EOT se hemorragia de alto débito ou ECG<8;
- Posicionamento: **semi-fowler / decúbito lateral esquerdo**;
- **SNG** em drenagem.

**B**

BREATHING

- **Otimizar oxigenoterapia** com cânula binasal;
- EOT se necessário maior fluxo de O<sub>2</sub>;
- Posicionamento **semi-sentado**.

**C**

CIRCULATION

- **2 acessos venosos periféricos de grande calibre**;
- Colheita de sangue para **análises e tipagem**;
- **Monitorização contínua**:

|      |                           |
|------|---------------------------|
| TA   | Consciência               |
| FC   | Diurese (≥0,5ml/kg/h)     |
| ECG  | Cor e Temperatura da Pele |
| SpO2 | Perdas hemáticas          |

- **Perfusão de órgãos vitais num nível ótimo**:
  - ✓ Fluidoterapia para manter **TAS≥90 mmHg**;
  - ✓ Evitar **solução salina** no doente hepático (↑ascite);
  - ✓ **Hemoderivados** se **Hg≤7g/L** – manter Hg 7 -9 g/L;
  - ✓ **Plasma e/ou plaquetas** se coagulopatia ou trombocitopenia;
- Administrar **terapêutica farmacológica**:
  - ✓ HDA varicosa: **octreótido, somatostatina, terlipressina**;
  - ✓ HDA não varicosa: **IBP (Pantoprazole)**;
  - ✓ **Vitamina K / Fatores Coagulação**;
  - ✓ **Antibioterapia** no doente hepático;
- **Endoscopia**: em **6h** se hemorragia ativa/maciça;  
em **12h** se estabilidade hemodinâmica.

**D**

DISABILITY

- **Avaliar alterações no estado de consciência**:
  - ✓ **Hipoperfusão e hipoxia cerebral**;
  - ✓ **Encefalopatia hepática**;
- Digestão de sangue → ↑amónia ↑nitrogénio → alterações neurológicas

**E**

EXPOSURE

- **Manutenção da temperatura corporal**;
- Evitar aspiração/lavagem gástrica (se necessária: usar água à temperatura ambiente);
- Pela exposição corporal **detetar «pistas»** para:
  - ✓ **Instabilidade Hemodinâmica** (temperatura e cor da pele);
  - ✓ **Etiologia da HDA** (Doença Hepática: icterícia, circulação colateral, aranhas vasculares, ascite, ginecomastia, eritema palmar, edemas).

### A mnemónica **ABCDE**:

- **Organiza e estrutura** as intervenções ;
- **Estabelece prioridades**;
- **Melhora** os cuidados prestados e *outcomes*.

## AND **Stop** BLEEDING

### ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

#### Injeção

- Vasoconstritor (*Adrenalina*)
- Esclerosante (*Polidocanol*)
- Cola

#### Mecânicos

- Clips Hemostáticos
- Laqueação Elástica
- Prótese Metálica

#### Térmicos

- Árgon Plasma

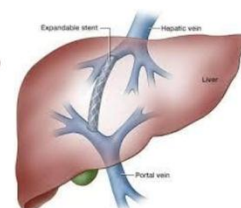
#### Tópicos

- Hemospray



### SONDA SENGSTAKEN BLAKEMORE

### Shunt Porto-Sistémico Transjugular Intrahepático (TIPS)



### CIRURGIA

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ASGE. (2014). Guideline: The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage. Bernhard, M., Ramshorn-Zimmer, A., Hartwig, T., Mende, L., Helm, M., Pega, J., & Gries, A. (2014). Management of critically ill patients in the resuscitation room. Different than for trauma? *Der Anaesthesist*, 63(2), 14–53.
- Biecker, E. (2013). Gastrointestinal Bleeding in Cirrhotic Patients with Portal Hypertension. *Hindawi Publishing Corporation ISRN Hepatology*.
- ESGE. (2015). Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Authors European Society of Gastrointestinal Endoscopy.
- Fowler, C. (2013). Management of patients with complications of cirrhosis. *The Nurse Practitioner*, 38(4), 14–22.
- Fullwood, D. (2012). Portal hypertension and varices in patients with liver cirrhosis. *Nursing Standard*, 26(48), 52–58.
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. (2010). Recomendações para o tratamento de doentes com hemorragia digestiva alta de causa não varicosa. *Jornal Português de Gastroenterologia*, 17, 227–229.

